



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

**IMPACTO DA CRISE ECONÓMICA NA SAÚDE DAS CRIANÇAS :
ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DO ACES DE SINTRA**

ZÉLIA MARIA ARAÚJO DA SILVA MUGGLI

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRADO EM SAÚDE
E DESENVOLVIMENTO NA ESPECIALIDADE EM GESTÃO DE
PROGRAMAS**

JULHO DE 2015



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

**IMPACTO DA CRISE ECONÓMICA NA SAÚDE DAS CRIANÇAS:
ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DO ACES DE SINTRA**



Autora: Zélia Maria Araújo da Silva Muggli

Orientadora : Professora Doutora Maria do Rosário de Oliveira Martins

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRADO EM SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO NA ESPECIALIDADE EM GESTÃO DE
PROGRAMAS**

JULHO DE 2015

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese:

A todas as crianças, mas sobretudo às mais vulneráveis.

A todas as famílias , mas sobretudo, e apesar de todos os obstáculos, às que tudo fazem para que as verdadeiras necessidades das crianças não sejam descuidadas.

A todos os profissionais de saúde que trabalham com crianças, mas sobretudo aos que, incansavelmente, garantem a qualidade dos cuidados , a justiça e a equidade no acesso das crianças à saúde.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas foram importantes neste longo percurso, nem sempre fácil, mas sempre enriquecedor e a todas elas quero deixar o meu sincero agradecimento:

À minha orientadora,
Professora Doutora Maria do Rosário de Oliveira Martins, por todo o seu apoio, pela sua compreensão e pela sua disponibilidade.

Aos Professores do VII Mestrado em Saúde e Desenvolvimento,
pela sua dedicação e todos os conhecimentos que partilharam. Aprendi muito.

Aos meus colegas de Mestrado,
pelo carinho, amizade e boa disposição.

Aos que participaram neste estudo,
pelo seu tempo, interesse e partilha de experiências.

À minha família,
porque com eles tudo vale a pena.

When the lives and the rights of children are at stake, there must be no silent witnesses.

Carol Bellamy, Diretora Executiva da UNICEF de 1995-2005

RESUMO

IMPACTO DA CRISE ECONÓMICA NA SAÚDE DAS CRIANÇAS: ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ACES DE SINTRA

Palavras – chave: saúde das crianças; crise económica; determinantes de saúde

Introdução: Portugal tem vivido um clima socioeconómico desfavorável com redução de rendimentos e aumento da taxa de desemprego, acompanhados do aumento da taxa de pobreza. Estes factores são determinantes de saúde nas populações e sabe-se que, nestas circunstâncias, é provável uma influência negativa na saúde. As crianças são um grupo particularmente vulnerável. Contudo, os estudos sobre os efeitos da crise económica na saúde das crianças são escassos. Importa, assim, conhecer melhor esta problemática e identificar os factores envolvidos para que se possam tomar medidas adequadas.

Objetivos: Avaliar o impacto da crise económica na saúde das crianças, através das percepções de profissionais de saúde do ACES de Sintra.

Material e Métodos: Estudo observacional, transversal, com abordagem mista. O estudo qualitativo utilizou uma amostra de conveniência de 7 profissionais de saúde; os dados foram colhidos por entrevistas em profundidade e analisados por análise qualitativa de conteúdo. O estudo quantitativo é censitário, realizado a 209 enfermeiros e médicos da saúde infantil do ACES de Sintra; o instrumento de recolha de dados consistiu num questionário, construído com base no estudo qualitativo; a análise de dados foi feita por análise quantitativa de conteúdo e análise estatística descritiva e bivariada.

Resultados: Um aumento de casos de alterações de comportamento e crises de ansiedade nas crianças, de patologias dermatológicas e de cáries dentárias, foram as situações clínicas mais referidas. Outros factores relevantes incluem as tensões familiares e a falta de disponibilidade dos pais, os casos de incumprimento de terapêutica ou dificuldade de transporte até às consultas por carências económicas e uma alimentação de baixo valor nutricional. Foi, também, referida uma oferta insuficiente de consultas de psicologia, pedopsiquiatria e medicina dentária. De um modo geral, existe a percepção da necessidade de aumentar a promoção da saúde e de que os cuidados de saúde primários não têm recursos humanos suficientes para mitigar os efeitos da crise económica na saúde das crianças. A longo prazo, os efeitos apontados foram um aumento de patologia de saúde mental e dos níveis de obesidade.

Conclusão: O impacto da crise económica nas relações familiares e a falta de disponibilidade dos pais, é preocupação da maioria dos profissionais de saúde. A percepção de que os efeitos da crise se traduzirão na saúde mental e no aumento dos níveis de obesidade nas crianças, reforça a necessidade de aumentar a oferta de consultas de valências da saúde mental e de atividades de promoção da saúde. Por outro lado, a percepção da falta de recursos humanos para mitigar os efeitos da crise na saúde das crianças, implica o reforço da capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários. Este estudo indica a existência de um impacto negativo na saúde das crianças e importância de este ser avaliado no resto do país. O questionário desenvolvido e usado neste estudo poderá servir como base para o desenvolvimento de uma escala para esse fim.

ABSTRACT

IMPACT OF THE ECONOMIC CRISIS ON CHILDREN'S HEALTH: PERCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS FROM THE ACES OF SINTRA, PORTUGAL

Key words: Child health, economic crisis, determinants of health

Introduction: Portugal has experienced an unfavourable socioeconomic climate with a decrease in family income and increased unemployment, followed by increasing poverty rates. These factors are determinants of health which under such circumstances, can cause a negative impact on overall health. Children are a particularly vulnerable group. However, studies on the effects of the economic crisis on child health are scarce. Therefore, it is important to gain more knowledge of this issue in order to implement appropriate measures to mitigate the effects of the economic crisis on the health of children.

Objectives: To evaluate the impact of the economic crisis on child health through the perceptions of health professionals from the ACES (Group of Primary Care Health Centres) of Sintra, Portugal.

Materials and Methods: Observational and cross sectional study with a mixed methods approach. The qualitative study used a convenience sample made of 7 healthcare professionals; the data was collected with in-depth interviews and analysed by qualitative content analysis. The quantitative study was a census study, data collection was carried out with a questionnaire designed from the results of the qualitative study and applied to 209 nurses and doctors working in child health in the ACES of Sintra,; quantitative content analysis and descriptive statistics with bivariate analysis of data were used.

Results: An increase in behaviour difficulties and anxiety in children, in skin disorders and tooth decay were the most frequently perceived clinical cases. Other relevant factors included stress in the family, lack of parental availability, cases of unfinished treatments due to financial hardship, difficulty in affording transport to appointments and diets with low nutritional value. Also mentioned was the insufficient number of available psychology, child psychiatry and dental consultations. In general, there was the perception of the need to increase health promotion and that the human health resources in primary care are not enough to mitigate the effects of the economic crisis on child healthcare. In the long term, the main effects perceived were an increase in mental health cases and obesity .

Conclusion: The impact of the economic crisis on family relations and the time pressure experienced by parents is a main concern of healthcare professionals. The perception that the effects of the economic crisis will have an impact on the mental health and obesity levels of children furthermore illustrates the need to increase the availability of mental health appointments and health promotion activities. On the other hand, the perception that there is a lack of human health resources to mitigate the effect of the economic crisis on children, supports the importance of strengthening this dimension on primary healthcare services. This study confirms that there is a perceived negative impact on the health of children and therefore the need to evaluate other parts of the country. The questionnaire designed in this study could provide the basis for the development of a scale to carry out such evaluation.

Índice Geral

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico.....	2
2.1 Crise económica e Determinantes de Saúde.....	2
2.1.1 Impacto das crises económicas na saúde.....	6
2.2 Caracterização geral do ACES de Sintra.....	9
2.3 Objetivos e Questão de Investigação.....	13
2.3.1 Objetivo Geral.....	13
2.3.2 Objetivos específicos.....	13
2.3.3 Questão de Investigação.....	13
3. Metodologia.....	14
3.1. Conceitos gerais.....	14
4. Estudo qualitativo.....	17
4.1 Material e Métodos.....	17
4.1.1 Desenho do estudo.....	17
4.1.2 População e Amostra.....	17
4.1.3 Instrumento de recolha de dados.....	19
4.1.4 Análise de dados.....	20
4.1.5 Considerações éticas e legais.....	22
4.2 Resultados.....	23
4.3 Discussão.....	25
5. Estudo quantitativo.....	38
5.1. Hipóteses de investigação.....	38
5.2 Material e Métodos.....	38
5.2.1 Desenho do estudo.....	38
5.2.2 População e Amostra.....	39
5.2.3 Instrumento de recolha de dados.....	39
5.2.4 Variáveis.....	42
5.2.5 Análise de dados.....	44
5.3 Resultados.....	47
5.3.1 Taxa de resposta.....	47

5.3.2 Caracterização dos participantes.....	47
5.3.3 Percepções sobre os efeitos da crise económica na saúde das crianças.....	49
5.4 Discussão.....	66
6. Conclusões.....	69
6.1 Lições aprendidas e perspectivas de estudos futuros.....	70
7. Referências Bibliográficas.....	75
8. Anexos.....	79
Anexo 1 – Formulário de informação e consentimento informado das entrevistas.....	79
Anexo 2 - Guião de perguntas das entrevistas.....	80
Anexo 3 – Autorização da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.....	81
Anexo 4 – Autorização da Comissão de Ética da Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.....	83
Anexo 5 – Questionário.....	84
Anexo 6 – Formulário de informação e consentimento informado do questionário.....	91

Lista de abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo
CPCJ	Comissão Protetora de Crianças e Jovens
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EAPN	European Anti Poverty Network
EPHA	European Public Health Alliance
INE	Instituto Nacional de Estatística
MGF	Medicina Geral e Familiar
OPSS	Observatório Português de Sistemas de Saúde
PNV	Programa Nacional Vacinação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPP	Sociedade Portuguesa de Pediatria
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organisation

1. Introdução

Em Portugal, tal como noutros países, a austeridade associada a medidas tais como a redução salarial, o aumento da carga fiscal e alterações na atribuição nos benefícios sociais, rapidamente se fez acompanhar num aumento do desemprego e da taxa de pobreza.

As crianças são um grupo particularmente vulnerável nestas circunstâncias. A exposição à pobreza durante a infância pode ter efeitos, nem sempre reversíveis, na saúde e bem estar das crianças. A monitorização destes efeitos tem sido escassa; por vezes por números, muitos deles agregados, que não permitem identificar assimetrias geográficas ou grupos mais vulneráveis por serem *outliers* nas estatísticas. Importa por isso conhecê-los melhor, “no terreno”, numa posição de proximidade privilegiada, como é a dos médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

Este estudo pretende conhecer os efeitos da crise económica na saúde das crianças. O ACES de Sintra é escolhido por se tratar do segundo concelho mais populoso do país, com uma população heterogénea e relativamente jovem. Pretende-se captar novos comportamentos adaptativos das famílias e crianças em relação à saúde em tempos de crise, identificar mudanças de apresentação nas patologias pediátricas e avaliar a existência de barreiras para dar resposta ao impacto da crise económica na saúde das crianças. As conclusões alcançadas servirão para um melhor conhecimento desta problemática e poderão contribuir para implementar medidas que potenciem uma melhor gestão dos efeitos da crise económica na saúde das crianças.

No próximo capítulo vai ser feito o enquadramento teórico, apresentando-se em primeiro lugar, os principais conceitos sobre os determinantes de saúde e a sua interação visualizada através de um modelo conceptual, e de seguida, os principais efeitos das crises económicas na saúde, descritos na literatura. Depois de uma breve caracterização do ACES de Sintra, definem-se os objetivos e questão de investigação. Descreve-se, depois, a abordagem metodológica do estudo, com apresentação dos materiais e métodos, seguida dos resultados e discussão. Após a conclusão é feito um comentário sobre as lições aprendidas e perspectivas sobre estudos futuros.

2. Enquadramento teórico

2.1 Crise económica e Determinantes de Saúde

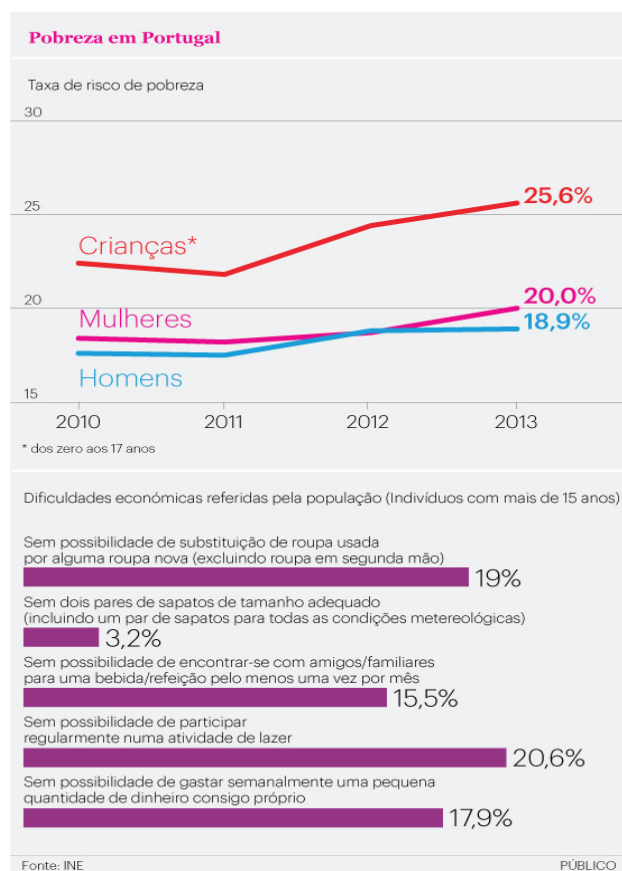
Com início em 2008 e de origem inicialmente financeira, a crise atual rapidamente atingiu à escala global, as áreas económica, social, cultural, ambiental e política. Em cada país, o impacto depende da situação económica e social antes da crise, das mudanças que resultam das medidas adoptadas pelos governos, das formas de monitorização e do papel das comunidades e famílias na vida dos indivíduos.

Na Europa, a crise alcançou maior dimensão nos países mais vulneráveis com dívidas externas consideráveis e crescimento económico reduzido, como é o caso da Irlanda, Grécia, Portugal e Espanha.

Em Portugal, as medidas de austeridade acordadas com as instâncias internacionais, que incluíram cortes orçamentais, nomeadamente na saúde e educação, redução de salários e aumento de impostos, têm resultado no aumento do desemprego, redução do poder de compra, aumento das taxas de pobreza e desigualdades sociais. Um dos riscos associados neste contexto, é do aumento das desigualdades em saúde (Padilla et al, 2014).

No relatório da European Public Health Alliance (EPHA, 2014) refere-se que o impacto negativo da crise em muitos dos determinantes sociais de saúde – emprego, condições de trabalho, rendimento, segurança alimentar e energética, condições habitacionais, afecta as crianças, já de si um grupo vulnerável, em maior grau. É o que acontece em Portugal, em que taxa de pobreza infantil é significativamente maior do que nos adultos, como se pode observar na figura 1.

Figura 1- Evolução das taxas de pobreza e dados de privação material em Portugal



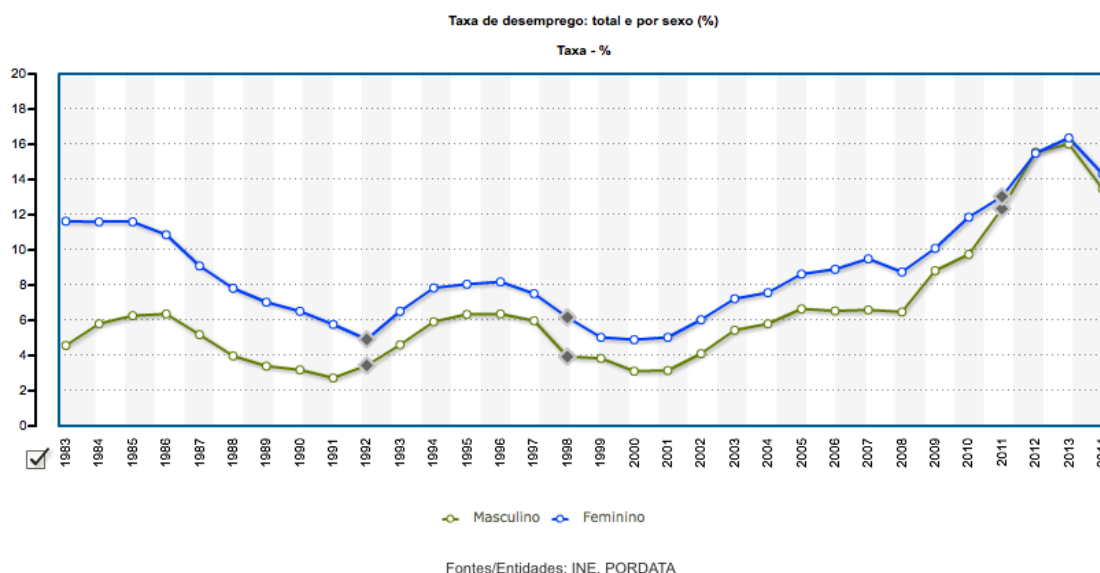
Factores de relevo na pobreza infantil são a situação laboral dos pais, associada ao nível de escolaridade, a composição do agregado em que a criança vive e a eficácia da intervenção estatal nos mecanismos de proteção social.

Dados da Rede Europeia Anti-Pobreza revelam que crianças filhas de pais imigrantes têm vulnerabilidade acrescida. Mas as famílias monoparentais (49,8%) e famílias com 2 adultos e 3 ou mais crianças (30,8%), são as que se encontram em maior risco de pobreza. Em 2011, 49,2% de crianças com pais com baixo nível de escolaridade estavam em risco de pobreza, em contraste com 7,5% de risco de pobreza em crianças com pais de mais elevado nível de escolaridade (EAPN Portugal, 2014).

Em relação ao desemprego, a taxa vinha a aumentar desde 2005 (7,6%), mas com um aumento muito mais acentuado partir de 2010 (11,9%), tendo atingido em 2013,

máximos de 16,4%. O INE estima uma taxa de desemprego para o último trimestre de 2014, de 13,9%. (figura 2)

Figura 2- Evolução da taxa de desemprego em Portugal (PORDATA, 2015)



Fonte: Portdata (2015)

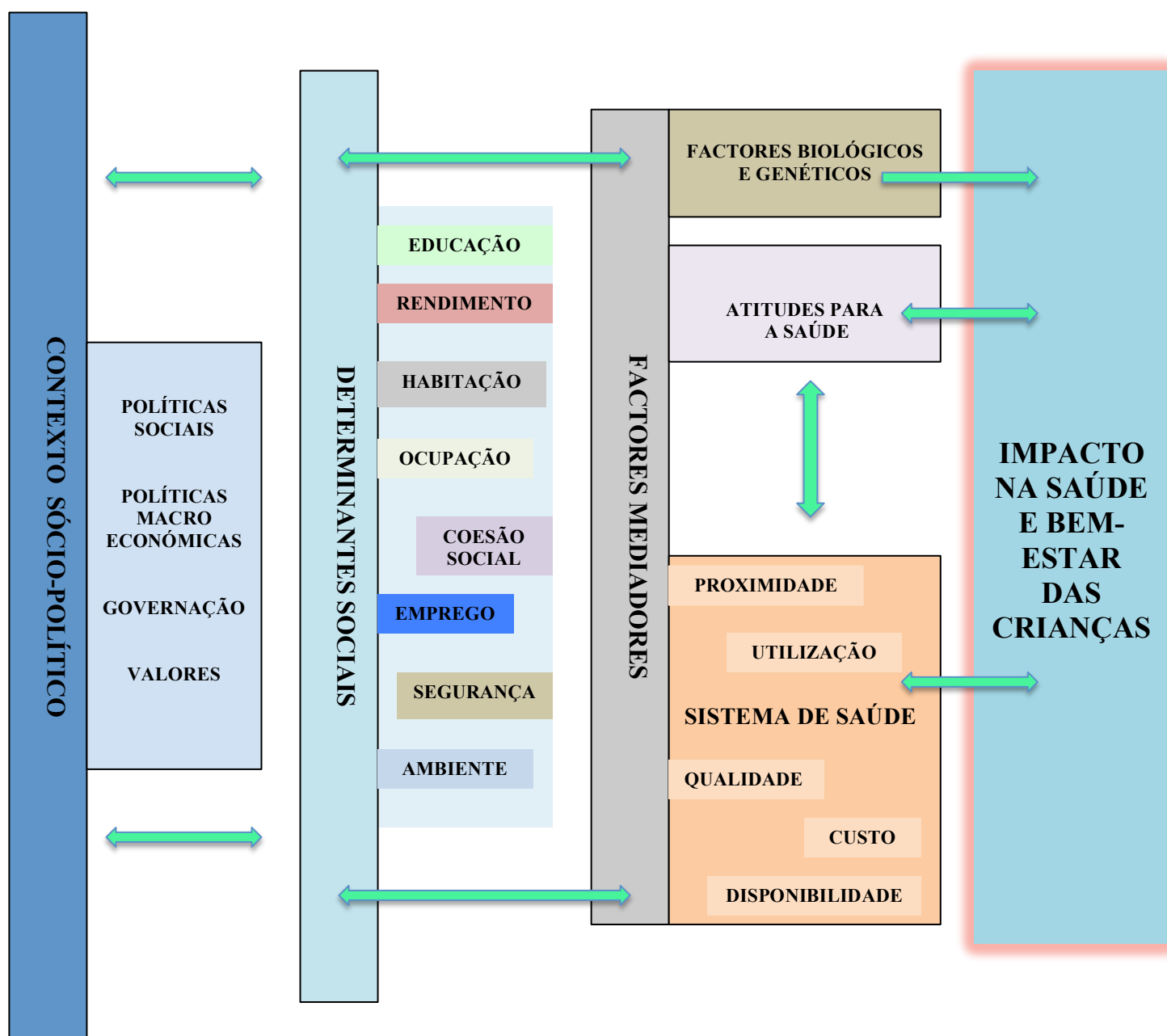
De referir ainda que em muitos casos são 2 ou mais membros do agregado familiar que estão desempregados.

Na opinião do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, a assimetria na distribuição de rendimentos tem vindo a aumentar desde 2010. Em relação à habitação, existem cerca de 145766 empréstimos em incumprimento, com risco de execução de hipoteca. Calcula-se que 10 casas são hipotecadas diariamente (OPSS 2014).

Para Lundberg a exposição à pobreza por períodos prolongados durante a infância pode ter efeitos marcados e irreversíveis na saúde e bem estar das crianças (Lundberg et al, 2012). Como exemplo, pode-se referir a associação entre pobreza na infância e doença cardiovascular na velhice. A EPHA acrescenta que a pobreza é a maior ameaça para o bem estar das crianças, nas suas dimensões física, mental e social (EPHA, 2014).

O modelo conceptual apresentado de seguida (figura 3), permite visualizar como alterações nas diferentes dimensões - determinantes de saúde, tais como as referidas acima , podem influenciar o estado de saúde das crianças.

Figura 3. Modelo conceptual de determinantes de saúde , elaborado com base no modelo da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (WHO 2010)



A saúde pode então, ser entendida como um elemento num sistema complexo, interagindo com outros sistemas complexos como o emprego, habitação, os sistemas de saúde. No indivíduo, a saúde vai reagir a alterações nesses sistemas por mecanismos determinados pela distribuição do poder, dinheiro e recursos na sociedade - “*as causas das causas*” (WHO, 2012) .

Também , dentro desta abordagem, Spencer enfatiza que os determinantes sociais levam a diferentes exposições ao risco, tendo uma influência crucial em modelar os efeitos das crises económicas na saúde das crianças (Spencer, 2013).

Torna-se, assim essencial que no período da infância, considerado pela Comissão de determinantes em Saúde da WHO como potencial “equalizador “ (WHO 2008), sejam salvaguardadas medidas de proteção social multissectorial , de modo a prevenir desigualdades sociais e para que o impacto das crises económicas na saúde seja mínimo.

2.1.1 Impacto das crises económicas na saúde

Enquanto que as mudanças económicas acontecem rapidamente , as mudanças no estado de saúde podem não ser tão rapidamente visíveis no curto prazo, através dos indicadores usados. Destes, serão os de saúde mental e doenças infecciosas os que poderão revelar alterações mais precoces.

De acordo com o Relatório da Primavera do OPSS 2014 , os efeitos mais imediatos descritos na literatura internacional são na saúde mental: ansiedade, depressão, perda de autoestima, tentativa de suicídio, entre outros, principalmente associados ao desemprego ou ao medo de perder o emprego, ao endividamento e ao empobrecimento repentino (OPSS, 2014).

Em 2012, no Reino Unido, num estudo nacional às percepções dos Médicos de Medicina Geral e Familiar quanto aos efeitos da crise económica na saúde, 76% revelaram que acreditavam que a crise estava a tornar a população menos saudável. Condições relacionadas com saúde mental, sobretudo nos homens (ansiedade e depressão, resultando em tempos de consulta mais prolongados) , aumento do consumo

de álcool , cancelamento /redução da prática de exercício físico e adiamento em ter filhos , foram os efeitos negativos referidos. Por outro lado, cerca de 40% dos médicos referiram que fumadores estavam a deixar de fumar para poupar dinheiro (Cello Health 2012)

A saúde na Grécia, porventura iniciando a crise já com um sistema de saúde débil e com as acrescidas medidas de austeridade , tem sido significativamente afetada.

O número de infeções pelo VIH (vírus de imunodeficiência humana) em utilizadores de drogas intravenosas subiu de 15 em 2009 para 484 em 2012 e dados de 2013 sugerem que a incidência de tuberculose nesta população duplicou em comparação com 2012. Cortes nos orçamentos municipais levaram a redução de programas de prevenção da malária resultando na re-emergência da malária ao fim de 40 anos. As reformas no sector dos medicamentos tiveram o efeito não antecipado da escassez ou falta de medicamentos por atrasos de pagamento do estado às farmácias. A capacidade dos serviços de saúde mental foi muito constrangida e limitada na resposta a um aumento de procura de 120% em 3 anos. A prevalência da depressão major passou de 3.3% em 2008 para 8.2% em 2011 e os suicídios aumentaram 45% entre 2007 e 2011 (Kentikelenis et al, 2014)

Em Portugal, dados do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias , revelados pela Fundação Portuguesa do Pulmão, mostram que em 2012 a mortalidade por asma aumentou 18,03% relativamente a 2011 e o número de mortes por pneumonia teve um aumento de 32,1% em cinco anos. Este aumento foi atribuído à conjuntura económica , com aumento de pessoas com condições de vida insalubres e à subutilização de bronco dilatadores e antiasmáticos, com uma dieta menos rica, diminuição da prática de desporto e com o facto de apesar do SNS ser tendencialmente gratuito, o Estado só cobrir 64 % das despesas em saúde (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2013).

Um inquérito a nível nacional realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública a médicos, publicado no relatório de 2014 do OPSS revelou que 58% considera que o acesso piorou, 43% que os utentes referem frequentemente dificuldades em pagar taxas

moderadoras e transportes para o serviço de saúde, 46% que os doentes manifestam frequentemente dificuldade em comprar medicamentos, 57% considera que a adesão a medicação para doenças crónicas piorou e 64 % refere aumento dos casos de depressão e ansiedade (OPSS 2014).

Em relação ao impacto na saúde das crianças , não têm sido publicados muitos estudos. Em Portugal, indicadores como as taxas de mortalidade infantil não parecem mostrar alterações significativas, não esquecendo que com dados agregados poderá ser difícil identificar populações que possam ter sido afetadas em áreas geográficas ou grupos mais vulneráveis. De vários relatos, muitas vezes nos media, depreende-se também um aumento de casos de saúde mental, alterações do padrão de consumo de alimentos e negligência, mas números oficiais e estudos confirmativos, no nosso país, são escassos.

Na Grécia, entre 2008 e 2010 houve um aumento de 19% de recém –nascidos de baixo peso e a mortalidade infantil subiu 43% (Kentikelenis et al, 2014). Foi também reportado um aumento de tratamento hospitalar para vários problemas de saúde mental nas crianças (Agnaostopoulos et al, 2013).

Estudos na Espanha (Sindic de Greuges de Catalunya, 2013) , Reino Unido e Estados Unidos demonstraram um efeito adverso na quantidade e qualidade de comida ingerida. As famílias compravam comida mais barata e mais rica em hidratos de carbono. O estudo do Reino Unido mostrou um gradiente social com crianças de famílias de mais baixo rendimento a ingerir menos frutas e vegetais. (Hall et Perry, 2013)

Nos EUA foi descrito um aumento da incidência de traumas cranianos não acidentais em crianças e de casos de negligência (Brooks-Gunn e al 2013). Em Portugal, as CPCJs de Sintra, registaram em 2014 , o maior número de casos referenciados desde 2005. As principais problemáticas sinalizadas foram a negligência , exposição a modelos de comportamento desviante , abandono/absentismo escolar e criança jovem que assume comportamentos que afetam o seu bem estar e desenvolvimento. Houve

também um aumento significativo de casos de criança abandonada ou entregue a si própria. (CPCJ Sintra, 2015).

Ainda que menos frequentemente, têm sido reportados efeitos em patologias imunoalérgicas, sobretudo resultantes de tratamentos de manutenção deficientes, como por exemplo um pior controlo da asma em ambulatório, comparando antes com durante a crise (Pearlman et al 2012).

O relatório de Novembro de 2014 da European Health Alliance , realça a evidência de que a austeridade e a crise económica têm tido um impacto negativo na saúde mental e no bem-estar das crianças e jovens na Europa. Dá também conta da associação a um aumento do consumo de álcool e tabaco entre a população mais jovem (EPHA ,2014). Num estudo de percepções a profissionais de saúde na região de Valência, Espanha , Licerias et al (2014) reportam efeitos na saúde mental e má nutrição.

Assim, as maiores repercussões conhecidas da crise económica na saúde das crianças são na saúde mental e nutrição.

2.2 Caracterização geral do ACES de Sintra

O Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra - ACES , é um dos quinze ACES da ARSLVT, criado em Novembro de 2012 através da Portaria n.º 394-B/2012. Tem como área de influência o concelho de Sintra no distrito de Lisboa (ACES Sintra, 2013).

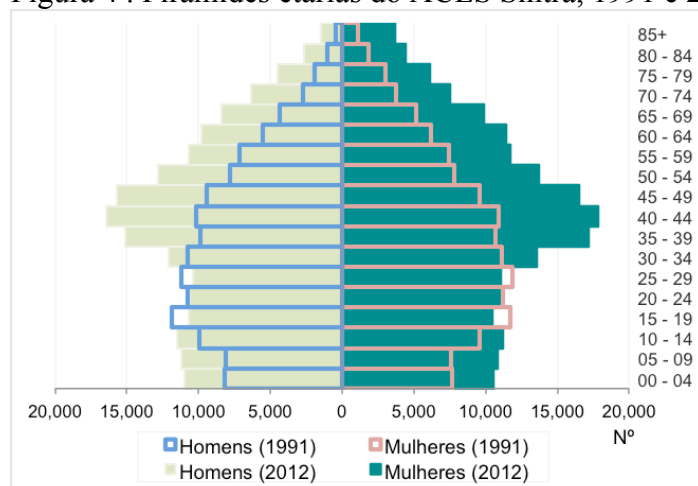
O concelho de Sintra tem uma área de 319 km² ; com 377 835 habitantes é, logo após Lisboa (547 733 habitantes), o segundo município mais populoso de Portugal.

Estão inscritos no ACES de Sintra 374.600 utentes. (ARSLVT, 2014).

A população é relativamente jovem: 17.6% tem entre 0-14 anos , superior à média nacional de 14.8%.

A pirâmide etária tem a seguinte distribuição:

Figura 4 . Pirâmides etárias do ACES Sintra, 1991 e 2012



Fonte: ACES Sintra – Perfil Local de Saúde 2014 (ACES Sintra, 2014)

O ACES presta serviços e cuidados de saúde primários à população do concelho de Sintra, através de uma intervenção com âmbito comunitário e de base populacional, personalizado com livre escolha do médico de família pelos utentes e com exercício de funções de autoridade de saúde, sob direção da ARSLVT (ACES , 2014) .

O ACES de Sintra tem 13 USFs e 10 UCSPs (ACES Sintra , 2014).

Tabela 1 . USFs e UCSPs do ACES de Sintra 2015

USFs	UCSPs
USF Alba Saúde- Rio de Mouro	UCSP Agualva – Agualva- Cacém
USF Alpha Mouro- Rio de Mouro	UCSP Almargem do Bispo – Almargem do Bispo, Dona Maria e Negrais
USF Cynthia - Sintra	UCSP Algueirão – Mem Martins
USF Colares - Colares	UCSP Belas – Monte Abraão, Queluz
USF Flor de Lótus – Agualva- Cacém	UCSP Casal de Cambra – Casal de Cambra
USF Lapiás - Pêro Pinheiro	UCSP Lusíadas - Queluz
USF Mactamá – Massamá	UCSP Olival - Agualva- Cacém
USF Mãe D'Água - Massamá	UCSP Rio de Mouro- Rio de Mouro
USF Monte da Lua- Várzea de Sintra	UCSP Tapada das Mercês
USF Monte da Luz– Monte Abraão, Queluz	UCSP Terrugem /S. João das Lampas – Terrugem e S. João das Lampas
USF Mira Sintra – Cacém	
USF da Natividade – Mem Martins	
USF São Marcos – Agualva- Cacém	

O ACES de Sintra tem uma percentagem de utentes sem médico de família das mais altas do país . Dados de Fevereiro de 2015 apontavam para um valor de 32.75 % de utentes sem médico de família (ACSS, 2015)

Em relação à saúde infantil o ACES de Sintra teve um volume de 96.120 consultas em 2014, uma diminuição de 2.3 % em relação ao ano anterior (tabela 2).

Tabela 2. Consultas de saúde infantil no ACES Sintra 2012-2014

Área de cuidados	Número consultas 2014	Número consultas 2013	Variação 2014 –2013 (%)	Número consultas 2012	Variação 2014 –2012 (%)
Consultas de saúde infantil	96.120	98.359	- 2,3%	107.960	- 11%

Fonte: ACES Sintra – Perfil Local de Saúde 2014

Os indicadores de desempenho disponíveis (indicador % crianças com 2 anos com PNV cumprido, não disponível para 2014) , relacionados com a saúde infantil, mostram uma evolução favorável de 2013 para 2014, sobretudo na proporção de jovens até aos 14 anos com consulta médica de vigilância e PNV (tabela 3 e tabela 4)

Tabela 3 : Indicadores Desempenho em saúde infantil 2013 ACES Sintra

ANO 2013		
INDICADORES	Valor ACES	Valor Contrat.
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	78,79	82,00
% de crianças com 2 anos, com PNV cumprido até aos 2 anos	82,57	
Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	28,72	40,00
Proporção RN c/ consulta médica vigilância até 28 dias vida	66,31	80,00

Fonte: Relatório de Acesso 2013 ACES Sintra

Tabela 4 : Indicadores Desempenho em saúde infantil 2014 ACES Sintra

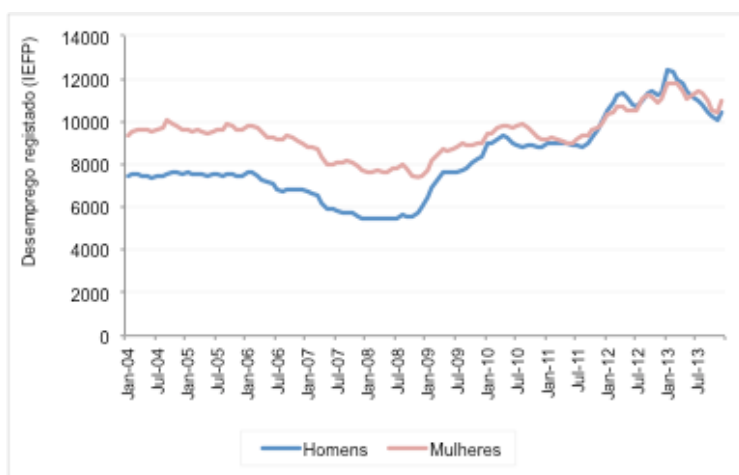
ANO 2014		
INDICADORES	Valor ACES	Valor Contrat..
Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	78,02	85,00
Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	37,45	45,00
Proporção RN c/ consulta médica vigilância até 28 dias vida	68,54	85,00

Fonte: Relatório de Acesso 2014 ACES Sintra

Na mortalidade infantil do ACES de Sintra, houve um aumento de 3.2 ‰ para 5 ‰ entre 2010 e 2012, tendo em 2014 o valor de 4.1 ‰. (Portdata, 2015)

Um dos determinantes de saúde com mais repercussões tem sido o desemprego. Entre 2011 e 2013 o número de desempregados na área de influência do ACES de Sintra, aumentou cerca de 25%.

Figura 6 : Evolução mensal do número de desempregados inscritos no instituto de emprego e formação profissional (IEFP) no ACES Sintra ,



Fonte: ACES Sintra – Perfil Local de Saúde 2014

2.3 Objetivos e Questão de Investigação

Como vimos, a crise económica em Portugal e o programa de austeridade que a acompanhou, têm tido efeitos negativos em vários determinantes de saúde. Com base nas dinâmicas do modelo conceptual apresentado, espera-se um impacto na saúde. Em circunstâncias semelhantes, é exatamente isso o que aconteceu noutros países, também ao nível da saúde infantil - foco desta investigação e tal como mostrado pela revisão da literatura.

Assim, esta investigação pretende contribuir para que se possa conhecer, melhor e mais de perto, esta problemática, através de uma abordagem que considera as vivências de quem presta cuidados de saúde às crianças. Estabelecem-se para isso, os seguintes objetivos:

2.3.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto da crise económica na saúde das crianças, através das percepções de médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários do ACES de Sintra

2.3.2 Objetivos específicos

- Identificar quais os casos clínicos cuja frequência mudou depois do início do programa de ajustamento económico em 2011
- Identificar barreiras na prestação de cuidados de saúde relacionadas com efeitos da crise
- Conhecer os comportamentos e medidas adotados pelos utentes e profissionais de saúde para gerir os efeitos da crise
- Verificar se as percepções de médicos e enfermeiros dependem da zona de influência da unidade de saúde
- Verificar se as percepções de médicos e enfermeiros dependem do tipo de unidade de saúde

2.3.3 Questão de Investigação

Quais as percepções de médicos e enfermeiros dos cuidados primários do ACES de Sintra em relação ao impacto da crise económica na saúde das crianças?

3. Metodologia

Após a definição dos objetivos do estudo e precedendo a apresentação do caminho metodológico escolhido, referem-se agora alguns paradigmas que regem essa escolha.

3.1. Conceitos gerais

É através da metodologia que se definem estratégias, procedimentos e técnicas a fim de se obterem respostas para as questões de investigação previamente definidas (Fortrin, 1999). A metodologia é a matriz orientadora, a espinha dorsal de uma investigação.

Ao longo dos tempos, a prática científica tem sido influenciada e baseada num conjunto de regras e processos, sempre em evolução, e que segundo Bowling (2009), continuam a alimentar um debate ativo nas diversas disciplinas quanto à sua adequação. Não se pode dizer que há métodos mais ou menos científicos que outros.

Uma pesquisa tem qualidade científica sobretudo quando adopta métodos de investigação que são apropriados ao tópico em estudo, que são rigorosos e objectivos e que asseguram uma recolha, análise e apresentação de dados sistemática, garantindo a credibilidade; a finalidade será sempre a de aumentar o conhecimento.

Outro conceito importante, de acordo com Bowling (2009), é o de que os cientistas não se podem separar eles próprios do contexto cultural, social e político do seu trabalho; o que podem fazer é explicitar quais os pressupostos sobre o “seu mundo” e fazer com que a sua investigação seja conduzida do modo mais rigoroso e objetivo possível – compromissos assumidos pela investigadora: o primeiro através da escolha já realizada do modelo conceptual, o segundo através da escolha e explicitação de metodologia.

As abordagens quantitativa e qualitativa constituem duas estratégias possíveis para realizar uma investigação e são influenciadas por princípios diferentes do pensamento científico.

A pesquisa quantitativa é baseada na filosofia positivista que assume que o conhecimento só pode derivar da observação e experimentação e que os fenómenos

podem ser medidos usando os princípios do pensamento dedutivo . O investigador parte de uma ideia geral , desenvolve uma teoria e formula hipóteses passíveis de serem testadas pela recolha e análise de dados. Muitos dos métodos de investigação em saúde seguem a tradição positivista , como por exemplo os estudos experimentais, os questionários e as técnicas estatísticas de análise (Bowling, 2009).

Por outro lado, no pensamento indutivo, o investigador começa por colher dados, observar , construir ideias e hipóteses que vai testando com base em mais observações; parte do particular para a generalização. A pesquisa qualitativa adota uma perspectiva tendencialmente indutiva. Pretende sobretudo descrever, explorar e compreender o fenómeno em estudo, rejeitando uma lógica positivista (Fortin,1999). Não procura inferir resultados para a população como um todo, mas sim generalizar numa compreensão teórica do fenómeno , a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação. Pode ser utilizada em estudos onde os dados são opiniões, atitudes, expectativas ou sentimentos.

Bowling (2009) é da opinião que não é a escolha de qualitativo versus quantitativo que é relevante, mas sim a identificação de estratégias que permitam que as duas perspectivas se complementem no mesmo estudo : os métodos qualitativos são essenciais na exploração de tópicos novos, complexos ou sobre os quais pouco se sabe e podem , por exemplo , contribuir para a fase inicial do desenho de questionários ; as técnicas quantitativas são úteis quando o tópico é mais conhecido e passível de ser medido de maneira válida e, também para verificação de hipóteses.

Num estudo de métodos mistos tem-se a oportunidade de delinear uma estratégia que incorpora o paradigma qualitativo e quantitativo. A robustez deste tipo de estudos é maior do que estudos estritamente quantitativos ou qualitativos, dado que os viés de cada tipo podem neutralizar o outro (Creswell, 2003). A tabela 5 sumariza a classificação de estratégias metodológicas em investigação, segundo Creswell (2003) .

Tabela 5. Estratégias metodológicas em investigação

Estratégias metodológicas em investigação		
Quantitativa	Qualitativa	Métodos Mistos
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos experimentais • Estudos não-experimentais, ex: inquéritos 	<ul style="list-style-type: none"> • Narrativa • Fenomenologia • Etnografia • <i>Grounded Theory</i> • Estudo de Caso 	<ul style="list-style-type: none"> • Sequencial • Concomitante • Transformativo

Abordagem seguida neste Estudo

Pouco se sabe sobre o tópico relativamente complexo e sensível, que são os efeitos da crise económica na saúde infantil em Portugal vistos da experiência de médicos e enfermeiros dos CSP – o que se adequa a uma abordagem mais de teor qualitativo, por exemplo, através de entrevistas em profundidade. Por outro lado, a abordagem quantitativa permite estudar as variáveis definidas pela análise das entrevistas e testar hipóteses.

Como tal, decidiu-se usar uma metodologia de métodos mistos, desenvolvida através de um procedimento sequencial, onde se procura que os resultados de um método sejam depois expandidos e ilustrados por outro método. Mais concretamente numa primeira fase adquire-se conhecimento sobre as variáveis a estudar através de um método qualitativo e depois, numa segunda fase estudam-se as variáveis numa amostra maior de indivíduos através de um método quantitativo (Creswell, 2003).

4. Estudo qualitativo

Numa primeira fase, exploratória, para melhor compreensão do fenómeno e descobrir o que este tem de mais essencial e característico e para o desenvolvimento de hipóteses, realizou-se um estudo qualitativo, cujos resultados vão informar a criação de um questionário.

4.1 Material e Métodos

4.1.1 Desenho do estudo

Observacional, transversal, com abordagem qualitativa, exploratório .

Segundo Cresswell (2002), neste desenho a abordagem é feita com colheita de dados em profundidade e resultados apresentados de forma descritiva, baseados em temas; o investigador seleciona diferentes casos para mostrar diferentes perspectivas sobre o assunto e os processos nele envolvidos. Neste tipo de estudo não são estabelecidas variáveis à partida.

4.1.2 População e Amostra

População

Enfermeiros e médicos dos cuidados de saúde primários com experiência em saúde infantil , médicos especialistas em pediatria e imunoalergologia e psicólogos clínicos baseados em Portugal.

Amostra

Amostra não probabilística, intencional , de conveniência e bola de neve .

O que se pretende num estudo qualitativo não é tanto a representatividade, mas o ganhar conhecimento sobre um fenómeno (Bowling, 2009), daí que as amostras tendam a ser não probabilísticas. Interessa-nos sobretudo, o conhecimento e a experiência dos participantes.

Foram selecionados intencionalmente , entrevistados com uma probabilidade elevada de ter informação relevante para o estudo (informantes-chave) e de participar, que sejam de fácil acesso e em número que tome em consideração o carácter complexo e demorado da análise de dados . Como nos interessa avaliar os efeitos da crise na saúde

infantil, é importante que estes profissionais tenham uma experiência profissional com alguma duração uma vez que interessa não só um vasto conhecimento na prática da saúde infantil, mas também perceber diferenças antes e pós 2011. Foi assim, definido como critério de inclusão uma experiência profissional superior a 10 anos.

Usando a técnica de conveniência por fácil acesso da investigadora, foi estabelecido contacto direto com o coordenador (médica de medicina geral e familiar) de uma unidade de saúde de cuidados primários do ACES de Sintra, zona de residência da investigadora, e da enfermeira coordenadora da consulta de saúde infantil da mesma unidade. Após breve apresentação dos objetivos do estudo e guião da entrevista, ambas mostraram de imediato disponibilidade em participar.

As entrevistas iniciais foram feitas a estes dois informantes-chave. Usando agora, a técnica de bola de neve foi-lhes pedido que sugerissem mais dois participantes (um médico e um enfermeiro) de outra unidade de saúde de cuidados primários do ACES de Sintra que foram por sua vez convidados a participar. A estes entrevistados foi pedido que indicassem mais dois profissionais de saúde das especialidades da psicologia e imunoalergologia, uma vez que a revisão de literatura indicou que casos de saúde mental e controlo deficiente da asma aumentam em tempos de austeridade.

Para Patton (2002) o método de bola neve permite localizar participantes ricos em informação para o estudo. Apesar de esta técnica ser utilizada sobretudo para se poder alcançar “populações escondidas”, o que não é o caso deste estudo, foi considerada aqui pertinente porque os entrevistados são “referidos”, não só por terem informação relevante, mas também porque têm mais probabilidade de concordar em participar.

Foi também contactado um pediatra hospitalar, do conhecimento pessoal da investigadora, uma vez que é importante perceber que tipo de situações chegam aos serviços hospitalares de pediatria, incluindo a urgência, e que eventualmente podem estar relacionadas com a crise económica.

Em relação ao tamanho da amostra, foram entrevistados sete profissionais de saúde. Este número foi considerado suficiente porque numa pesquisa qualitativa, a validade e

os conhecimentos gerados têm mais a ver com a informação obtida do que com o tamanho da amostra (Patton 2002). Para além disso, os resultados serão complementados pela segunda fase da investigação.

4.1.3 Instrumento de recolha de dados

Entrevistas em profundidade , semiestruturadas, com guião de perguntas abertas.

As entrevistas foram feitas pela investigadora, individualmente e face a face, com gravação áudio. Ocorreram no período de 9 a 19 de Junho de 2015, no local de trabalho dos entrevistados e tiveram uma duração de 19 a 42 minutos.

Antes da entrevista, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e sobre a gravação da entrevista. Foi-lhes dada a opção de fazer quaisquer perguntas que considerassem necessárias e fornecido um formulário de informação e consentimento informado (anexo 1) que foi lido e assinado. Nesta altura é agradecida a sua participação.

No início da entrevista é pedido ao participante para identificar a sua categoria profissional e é-lhes lembrado que considere que as situações a serem abordadas devem, na opinião do entrevistado, ter um grau de probabilidade elevado de estarem relacionadas com a crise económica e o programa de austeridade iniciado em 2011.

Foi criado um guião de perguntas abertas (anexo 2) com base no enquadramento teórico e objetivos específicos da investigação , aqui resumido na tabela 6:

Tabela 6. Guião da entrevista

Efeitos crise económica	Perguntas
Estado de Saúde	<p>Considera que a crise económica e medidas de austeridade têm afectado a saúde das crianças ? Como ? Houve algumas situações clínicas/ patologias que mudaram a sua frequência ou modo de apresentação ? De que modo ?</p> <p>Qual lhe parece ser o principal efeito da crise na saúde das crianças ? A curto prazo ? A longo prazo ?</p>

Efeitos crise económica	Perguntas
Determinantes Sociais Saúde	<p>Descreva as principais dificuldades de carácter social ou económicas , relacionadas com a saúde /cuidados de saúde das crianças , que lhe são referidas pelos utentes .</p> <p>Existem alguns grupos de crianças que lhe parecem mais vulneráveis aos efeitos da crise ? Quais ? Porquê ?</p>
Prestação e Utilização de Cuidados Saúde	<p>Considera que a crise económica trouxe dificuldades na prestação de cuidados de saúde às crianças. Porquê ? Por favor explique.</p> <p>Considera que os serviços de saúde têm um papel para mitigar os efeitos da crise ? Como ? Quais os recursos que existem/são necessários/são suficientes para isso ?</p>
Comportamentos perante a saúde	Que medidas / comportamentos tomam os utentes para gerir os efeitos da crise em questões relacionadas com a saúde da criança ?
Informação adicional	Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre este assunto ?

A ordem das perguntas no guião não foi rígida , tendo sido por vezes necessário reformular ou introduzir outras questões , na sequência de comentários feitos pelos entrevistados e que necessitaram de maior exploração ou clarificação. Durante a entrevista foram feitas anotações sobre as respostas dos entrevistados. No final foi dada, a todos os participantes, oportunidade para acrescentar algo que considerassem relevante e não tivesse sido coberto anteriormente.

4.1.4 Análise de dados

Método: análise de conteúdo com abordagem qualitativa

Foi atribuído um código a cada entrevista para garantir anonimato, de E1 a E7 .

Na fase de pré análise dos dados , logo após cada entrevista, a transcrição foi feita pela investigadora, na íntegra e em documento Word. A transcrição foi depois lida ao mesmo tempo de ouvir de novo a gravação. Quatro das transcrições foram verificadas pelo entrevistados e confirmadas na sua totalidade. Este processo não foi possível de aplicar às restantes por indisponibilidade de tempo . Foi feita nova leitura de todo o

material . Procedeu-se de seguida à análise de conteúdo .

A análise de conteúdo qualitativa permite conhecer um fenómeno de um modo subjetivo , mas científico. De acordo com Hsieh e Shannon (2005) trata-se de um método para a interpretação subjetiva do conteúdo dos dados de um texto, através de um processo sistemático de identificação de temas e padrões .

Definiu-se o tema como unidade de registo e a frase ou parágrafo como unidade de contexto. A unidade de registo é entendida como segmento do conteúdo que contém informação com significado completo em si mesmo , considerada como unidade de base visando a categorização; a unidade de contexto corresponde ao segmento da mensagem que permite a compreensão da unidade de registo (Bardin, 2014).

Tal como sugerido por Cresswell (2002), fez-se a descrição inicial de temas caso a caso, isto é em cada entrevista : “*within-case analysis*” e posteriormente entre casos: “*cross-case analysis*”. A análise entre casos permite identificar padrões e fornece os elementos para a construção de hipóteses .

De seguida, com o objetivo de sintetizar os dados, as unidades de registo – temas, são analisadas através de um critério semântico em termos de significado comum e reunidas sob um título genérico - a categoria . Ao contrário da abordagem quantitativa, um tema pode ser codificado em mais do que uma categoria (Bardin 2014). Para facilitar este processo, as unidades de registo foram recortadas do texto da entrevista, analisadas e agrupada em categorias.

Tendo sido escolhida uma abordagem qualitativa, é atribuído significado à presença dos temas e não tanto à sua frequência: um tema pode surgir só uma vez e ter mais “peso “ do que outros que se repetem. Nesta fase, interessa-nos sobretudo a riqueza das afirmações e das histórias de cada um: as histórias das experiências dos profissionais de saúde sobre os efeitos da crise económica na saúde e prestação de cuidados a crianças.

4.1.5 Considerações éticas e legais

Em conformidade com os princípios éticos e legais subjacentes a qualquer investigação, tomaram-se os seguintes passos:

- Foi submetido um pedido de parecer à Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa que foi positivo (anexo 3).
- À Comissão de Ética da Saúde da Administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, foi feito um pedido de parecer em duas fases; a primeira antes da realização do estudo qualitativo e a segunda depois do desenvolvimento do questionário e antes da sua aplicação. O parecer final sobre o estudo foi positivo (anexo 4).
- Todos os participantes receberam um formulário de informação e consentimento informado do qual fez parte: a identificação e contacto da investigadora e a instituição científica envolvida na investigação; a descrição dos objetivos e relevância do tema. Foi salientado o carácter voluntário da participação no estudo, com a opção de desistência em qualquer altura e a confidencialidade dos dados recolhidos, aos quais só a investigadora teve acesso.
- A recolha dos questionários foi feita em envelope fechado, com a declaração de consentimento informado entregue num envelope separado; foi atribuído a cada questionário e cada entrevista um número de código, garantindo o anonimato.
- Não existiram conflitos de interesse na realização deste estudo.

4.2. Resultados

A caracterização dos entrevistados é apresentada na tabela 7. Todos eles têm uma experiência profissional superior a 10 anos.

Tabela 7. Caracterização dos participantes

PARTICIPANTES	CATEGORIA PROFISSIONAL	LOCAL DE TRABALHO
E1	Médica Medicina Geral Familiar	Unidade Saúde Cuidados Primários
E2	Enfermeira Graduada Especialista em Saúde Infantil	Unidade Saúde Cuidados Primários
E3	Enfermeira Graduada	Unidade Saúde Cuidados Primários
E4	Assistente Hospitalar Graduada Imunoalergologia	Centro Hospitalar
E5	Assistente Hospitalar Graduada Pediatria	Centro Hospitalar
E6	Médica Medicina Geral Familiar	Unidade Saúde Cuidados Primários
E7	Psicóloga Clínica	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

Da análise de conteúdo emergiram cinco categorias e respectivas unidades de registo ou temas:

1. Factores económicos e sociais que afetam saúde das crianças	<ul style="list-style-type: none">• desemprego dos pais• condições precárias trabalho• diminuição rendimentos• menor disponibilidade dos pais	<ul style="list-style-type: none">• vulnerabilidade certos grupos• aumento violência doméstica• tensões familiares• emigração dos pais
---	--	---

2. Impacto observado na saúde das crianças	<ul style="list-style-type: none"> • aumento parasitoses pele • aumento alergias cutâneas • aumento eczema mal controlado • aumento asma mal controlada • aumento problemas de saúde oral • aumento crises ansiedade • aumento automutilação • aumento quadros depressivos • aumento alterações comportamento • aumento consumo de substâncias de abuso • aumento casos de insucesso escolar • aumento maus tratos • aumento casos negligência • obesidade a longo prazo • sequelas patologia imunoalérgica mal controlada a longo prazo
---	---

3. Dificuldades na prestação de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • não cumprimento da terapêutica • desistência das consultas de seguimento • pouca disponibilidade de consultas especialidade • pressão nos recursos humanos • não realização de exames complementares • menos disponibilidade dos pais • custo vacinas extra PNV • custo transporte para consultas • taxas moderadoras 12-18 anos • mais tempo de consulta
--	--

4. Comportamentos e atitudes das famílias relacionados com a saúde das crianças	<ul style="list-style-type: none"> • introdução precoce leite vaca • introdução precoce alimentos • alteração hábitos de compra produtos higiene • substituição proteínas por alimentos baixo valor nutritivo • menos vacinas extra PNV • maior recurso consultas saúde infantil SNS • mudança para habitações com menos condições • menos medidas controlo ambiental antialérgico • queixam-se de falta resposta dos Cuidados de Saúde Primários • recurso inadequado ao serviço de urgência pediátrica • aumento pedidos ajuda social • menos atividades extracurriculares
--	--

5. Papel dos serviços de saúde em mitigar efeitos da crise na saúde das crianças	<ul style="list-style-type: none"> • aumentar capacidade resposta valências saúde mental • promover melhor articulação entre serviços 	<ul style="list-style-type: none"> • coordenar atribuição subsídios transporte • aumentar atividades de promoção e educação para a saúde
--	---	--

4.3 Discussão

Factores económicos e sociais que afetam a saúde das crianças

Em relação às principais dificuldades de carácter socioeconómico que as famílias referem aos profissionais de saúde, o sentimento dominante é o de que o desemprego e a diminuição de rendimentos são as que causam mais preocupação devido ao potencial impacto negativo na saúde das crianças. Esta relação é ilustrada pelo modelo conceptual já apresentado em que o desemprego e o rendimento são determinantes sociais da saúde (figura 3).

Isto acontece não só porque a diminuição de rendimentos resultante acarreta dificuldades na aquisição de vários bens essenciais, na educação e na manutenção de boas condições habitacionais, mas também porque está na origem de conflitos e stress familiares que afetam a estabilidade emocional das crianças:

“....muitos dos problemas que nos surgem estão relacionados com os pais também , por exemplo com o desemprego.....”. E7

“... casos de separação dos pais, em que as mães ficam sozinhas com os filhos, completamente desprotegidas.....por vezes desempregadas”. E7

“.... tenho famílias que já viveram sem dificuldades económicas e que agora não tomam banho todos os dias...., optam por métodos rápidos e menos saudáveis de cozinhar alimentos, como fritar, para poupar dinheiro....”. E7

Segundo Sleskova et al (2006), é difícil concluir se é o “stress financeiro “ ou o “stress emocional familiar “ o que mais afeta as crianças nas famílias com um ou ambos os pais desempregados. Porém a percepção de saúde reportada por jovens nestas circunstâncias, é inferior.

Portugal tem uma taxa de pobreza infantil que ronda os 26% (INE, 2014). A exposição à pobreza coloca as crianças mais jovens, altura em que ocorre maior desenvolvimento cerebral, ainda mais em risco e com sequelas que podem ser irreversíveis (Lunberg, 2012).

A influência da diminuição de rendimentos e o *stress* resultante , afecta também a quantidade e qualidade do tempo que os pais passam com as crianças. Esta perda de disponibilidade parental é ainda mais acentuada nas famílias de mais baixos rendimentos (UNICEF, 2014). A precariedade no emprego, horários laborais muito longos ou inadequados à vida em família, tem resultado numa menor disponibilidade dos pais para acompanhar as crianças na sua vida escolar ou até a consultas médicas:

“..... tenho tido aumento de jovens adolescentes e pais a pedir ajuda porque as crianças se estão a desinteressar da escola. Não conseguem atingir o que é esperado, os pais não os conseguem acompanhar, alguns porque não têm horário laboral que o permita, os miúdos passam muito tempo sozinhos..... muitos pais estão angustiados porque percebem isto.....”. E7

“.... por vezes as crianças não têm acompanhamento para ir a consultas porque os pais não podem faltar ao trabalho. As horas em que eles poderiam vir eu supostamente não estou trabalhar..... há pais só com uma folga por semana e a trabalhar 12 horas por dia..... ”. E7

Nos últimos anos, a emigração portuguesa voltou a ser notícia devido ao seu crescimento em relação com a crise económica e o aumento da taxa de desemprego. Números do Observatório da Emigração apontam para cerca de 285.000 portugueses que emigraram desde 2011 (Observatório Emigração 2015). Esta foi outra temática

que surgiu – a emigração em que os pais, só um ou ambos emigram, ficando a criança em Portugal ao cuidado de outros familiares :

“ muitas crianças estão a ver os seus pais emigrar para conseguirem meios de subsistência , vão ter menos pai, menos mãe , menos família.... fazem-me recordar as histórias da emigração nos anos sessenta..... ”. E6

Crianças que não acompanharam os pais na emigração, são mais susceptíveis a problemas emocionais, sintomas depressivos e a ficarem doentes com mais frequência (Botezat e Pfeiffer, 2014; Gibson et al , 2011). Contudo, o Relatório Inocenti de 2004 (Unicef, 2004) refere que as remessas enviadas pelos pais no estrangeiro podem contribuir para a melhoria das condições de vida e da saúde. Este benefício é dependente do contexto em que a criança fica e sobretudo de quem tem a responsabilidade de a criar . Se nenhum dos pais fica com a criança , o risco de dificuldades no desenvolvimento emocional e psicológico, é maior.

O impacto da crise económica em muitos dos determinantes sociais de saúde , vai tornar algumas crianças , já de si um grupo vulnerável, ainda mais vulneráveis (EPHA, 2014). Das respostas analisadas, a preocupação recai sobretudo nas crianças que vivem em contextos economicamente mais desfavorecidos - percepção suportada num relatório da Unicef (2014) em que se afirma que as crianças nestas condições têm sofrido desproporcionalmente. Outros grupos com vulnerabilidade aumentada, foram também referidos:

“muitas crianças com deficiência estão agora mais vulneráveis do que nunca “. E1

“há franjas da população que sempre foram complicadas, por exemplo crianças de pais toxicodependentes e filhos de pai ou mãe que estão presos. Agora a vulnerabilidade é maior, até porque alguns têm menos apoios ”. E5

Por último nesta categoria , surge o tema da exposição das crianças à violência doméstica e as repercussões a nível emocional :

“ temos aumento de situações de violência doméstica em famílias com crianças e isto nota-se que está num ‘crescendo’; os problemas económicos podem não ser a causa, mas agravam consideravelmente.... são crianças com uma instabilidade emocional grande”. E7

De acordo com o Royal College of Psychiatry (2014), a violência doméstica envolve geralmente um incidente ou padrão de incidentes onde se exerce controlo, comportamentos ameaçadores, violência ou abuso entre alguém que tem ou teve envolvimento íntimo ou que tem parentesco familiar. Os incidentes podem ser físicos, sexuais, emocionais ou financeiros. Podem ocorrer em casa ou fora dela, nos telemóveis, na Internet, nos sites de redes sociais. O “stress económico “ parece ter uma associação direta com a violência doméstica (Renzetti 2009) .

As crianças são muitas vezes testemunhas da violência e os efeitos emocionais e psicológicos podem ser devastadores. Elas próprias podem ser vítimas dos abusos e ser usadas para ganhar controlo sobre a vítima. São crianças receosas, mais ansiosas, depressivas, que podem desenvolver problemas cognitivos e insucesso escolar . Fisicamente, podem queixar-se de sintomatologias associadas ao stress : dores abdominais, dores de cabeça, rashes cutâneos. Têm maior risco de automutilação e de consumir substâncias de abuso e de , sobretudo os rapazes, de adotar comportamentos violentos (Royal College of Psychiatry 2014).

Impacto observado na saúde das crianças

Ao considerarmos as situações clínicas que viram a sua frequência ou forma de apresentação reagir aos efeitos da crise económica, dois grandes grupos foram mais mencionados: as patologias do foro dermatológico, algumas com componente imunoalergénico, e alterações no campo da saúde mental.

O aumento de problemas de saúde oral, asma mal controlada, maus tratos e casos de negligência foram também notados.

Escabiose (sarna) , pediculose (piolhos) , infeções secundárias da pele, exacerbações de eczema foram referidos por vários entrevistados, e muitas vezes associados a piores

cuidados de higiene e dificuldade em comprar e manter tratamento:

“ comecei a ver uma coisa que já não via há muitos anos:a sarna....e mais piolhos...”. E6

“..... muitas crianças que tinham o seu eczema controlado, deixarem de o ter porque os produtos dermatológicos são caros”. E1

“ começaram a surgir mais situações relacionadas com falta de higiene nomeadamente candidíases e sarna”. E2

Em relação ao eczema, para além da dificuldade económica de algumas famílias em manter o tratamento, foi também referido o papel do agravamento das condições de habitação . Muitas famílias tiveram que mudar para casas de custo mais reduzido, muitas vezes em zonas mais húmidas e numa situação de contenção de gastos em energia, necessária para aquecer e desumidificar as casas :

“ temos famílias que mudaram de casa, foram para casas com menores condições ou regressaram à casa dos pais , avós das crianças.....aqui na zona e noutras partes do concelho de Sintra, há épocas de muita humidade e a as pessoas tentam poupar nas contas de energia, as casas ganham fungostalvez isso explique mais situações de eczema e outras alergias.....”. E3

De facto, a humidade nas casas tem sido associada à manutenção prolongada de sintomas de asma , rinite alérgica e eczema, assim como ao aumento de susceptibilidade a infeções respiratórias (Kilpelainen et al 2001) O aumento de infeções respiratórias não foi mencionado nas entrevistas como um dos efeitos da crise económica. Contudo, há a percepção de que a duração dos sintomas é mais arrastada:

“as infeções respiratórias são sazonais, não me parece que tenha havido aumento relacionado com a crise, mas tendem agora a arrastar-se mais tempo...”. E1

Um aumento da asma mal controlada nas crianças, sobretudo adolescentes jovens foi também referido, o que é corroborado por vários estudos, nomeadamente o de Pearlman et al (2012) . Dificuldades em comprar medicação, em fazer controlo ambiental antialérgico e falta de acompanhamento por parte dos pais na administração da terapêutica foram apontados como possíveis causas:

“ a criança chega com uma asma descompensada.....os pais referem que não conseguiram comprar os medicamentos.... percebemos que têm dificuldade em ter certos cuidados de limpeza na casa, em adquirir colchões ou produtos antialérgicos ”. E6

“ muitas crianças de 10-12 anos ficam com a responsabilidade de fazer os inaladores sozinhos.....não há supervisão dos pais, que nem sabem por vezes se a medicação já acabou ou não.... ”. E6

As situações de maus tratos e negligência parecem também estar a ser mais frequentes, tal como referido por E5. As CPCJs de Sintra tiveram em 2014 o ano com o maior volume de novos casos (CPCJ, 2015). Tensões familiares, períodos de stress económico e social acrescido, podem estar associados a um aumento de lesões não acidentais e negligência Brooks-Gunn et al (2013).

A saúde oral das crianças parece também ter sofrido o impacto das consequências da crise económica :

“comecei a ver mais cáries dentárias...nos últimos três anos posso dizer ter visto mais problemas relacionados com a higiene oral onde os pais referem que não podem pagar cuidados fora do SNS e no SNS a resposta é tardia....E6

Quando não tratada a cárie dentária pode levar à dor, anomalias de desenvolvimento maxilo-facial, diminuição da função mastigatória, perturbações fonéticas e complicações infecciosas (Melo et al, 2008).

A relação entre a crise económica e o aumento de cáries não tem sido muito estudada. Sveinsdottir e Wang (2014) mostraram que durante a crise económica na Islândia houve um aumento reportado de cáries nas crianças, acompanhado da percepção dos

dentistas que havia mais necessidade para tratamento. Contudo, a procura dos serviços de medicina dentária diminuiu e isso foi atribuído à dificuldade em cobrir os custos associados.

Claramente, a maior preocupação dos profissionais de saúde entrevistados recai nos efeitos da crise económica na saúde mental das crianças :

“ as consequências da crise são mais do que em termos de saúde física, são sobretudo de saúde mental e social”. E6

O relatório da European Public Health Alliance (2014) , realça a evidência de que a austeridade e a crise económica têm tido um impacto negativo na saúde mental das crianças na Europa. E5 salientou que patologia psiquiátrica que não era comum ser observada no serviços de urgência, passou a ser mais frequente :

“.....casos que eu não via e que agora são mais frequentes no serviço de urgência., sobretudo a ideação suicida nos adolescentes, situações de automutilação.....”. E5

Outras situações referidas têm que ver com alterações do comportamento e consumo de substâncias de abuso :

“ as alterações de comportamento sempre se verificaram, mas estão agora a aumentar muito, temos cada vez crianças mais impulsivas, com muita dificuldade de autocontrolo..... as crianças não sentem confiança, contenção , segurança....”. E7

“ há escolas com situações muito complicadas em relação a consumo e substâncias de abuso e a indisciplina.....”. E7

De acordo com Kolatis e Giannakopoulos (2015), na Grécia, apesar de as consequências não serem ainda muito visíveis, é esperado a longo prazo que a crise financeira venha a produzir uma crise na saúde mental das crianças e adolescentes. É crucial tomar consciência desta possibilidade também aqui em Portugal, porque estamos ainda em

posição de implementar medidas para a sua atenuação e prevenção:

“ tenho receio por esta geração que passou por tudo isto em idades precoces, em termos psicológicos e em termos de perspectivas de futuro.....muitos têm má alimentação, fraco acesso à cultura e não vão ter os mesmos mecanismos de resiliência , penso nos comportamentos desviantes, na patologia psiquiátrica. Tudo vai depender dos mecanismos de apoio e prevenção disponíveis....”. E5

“em termos sociais dá-me a ideia de que ainda está tudo muito camuflado e poderá ser tudo muito complicado....”. E7

Outro dos efeitos a longo prazo que foram mencionados é a obesidade. Na sua experiência diária, estes profissionais de saúde contactam com famílias cujo orçamento disponível para alimentação tem diminuído e feito com que tenham que optar por alimentos mais baratos, muitas das vezes menos saudáveis e mais calóricos:

“ as crianças comem pior, menos proteínas, menos vegetais, mais hidratos de carbono cheios de calorias e de baixo valor nutricional e depois claro, a obesidade.....”. E5

Uma alimentação mais barata, não implica necessariamente que seja menos saudável; o problema que se levanta é que muitas vezes as famílias não fazem as melhores opções dentro das escolhas que têm disponíveis. Isto pode ser devido a falta de informação ou falta de tempo. Vários estudos, referenciados no relatório de Junho de 2014 da OCDE sobre a obesidade, evidenciaram isso mesmo: em tempos de crise económica e taxas elevadas de desemprego, o consumo de frutas e vegetais pode baixar cerca de 20% e o risco de obesidade em famílias sob “stress económico “ aumenta cerca de 20 % (OCDE , 2014).

Dificuldades na prestação de cuidados de saúde

Esta categoria engloba vários temas que podem afectar a prestação de cuidados de saúde: disponibilidade de serviços, dificuldades de acesso, incumprimento de tratamento e consultas de seguimento, comunicação entre serviços, recursos humanos.

Tem havido uma preocupação com os custos acrescidos para as famílias, das vacinas extra Programa Nacional de Vacinação. Estas eram até 1 de Julho de 2015, as seguintes : Rotarix® ou Rotateq® para proteção contra Rotavírus , Bexsero® para proteção contra N.meningiditis e Prevenar® , a vacinação antipneumocócica (SPP, 2014) . Esta última , já parte dos PNV da maioria dos países europeus, passou a fazer parte do Programa Nacional de Vacinação a partir de 1 de julho de 2015, sendo universal e gratuita para crianças nascidas a partir de 1 de janeiro de 2015 . Para as crianças nascidas antes dessa data é comparticipada a 15% (DGS, 2015) ; o preço da vacina é cerca de 180 euros o que continua a ser um preço elevado para muitas famílias das crianças nascidas antes de janeiro de 2015.

“ os pais fazem um esforço, sentem uma grande responsabilidade e preferem fazer um certo sacrifício para conseguir comprar as vacinas opcionais “. E3

“...em relação às vacinas extra PNV tínhamos um grande problema com a Prevenar® que felizmente foi introduzida no PNV....mas continuamos com crianças que nunca fizeram a vacina....”. E1

Também relacionado com custos difíceis de cobrir pelas famílias, foram referidas as taxas moderadoras para crianças dos 12-18 anos, que entretanto foram anuladas a partir de maio de 2015 , o custo dos transportes para as consultas e o custo do tratamento :

“ no acesso à pedopsiquiatria as crianças deixam de ir à consulta porque os pais não conseguem suportar o custo dos transportes”. E7

“ o gabinete de atendimento ao jovem encaminha-os para a consulta , mas depois temos o problema porque eles não têm dinheiro para o transporte e taxa moderadora “. E7

“ ...se os pais referem que não conseguiram comprar medicamentos por falta de dinheiro, não os conseguimos responsabilizar....”. E4

Embora haja evidência de que as crises económicas têm um impacto negativo na saúde mental das crianças (EPHA, 2014 ; Rivas & Torres, 2013 ; Liceras, McKee & Quigley, 2014), a disponibilidade de consultas nessa área parece ser insuficiente :

“cada vez se diagnostica mais problemas de aprendizagem e alterações do comportamento com necessidade de terapias às quais o SNS não dá resposta “.
E5

“o SNS vai ter que olhar com muita atenção para a Pedopsiquiatria e a saúde mental. Não há resposta suficiente, não há camas de internamento , são cerca de 10 camas no hospital D. Estefânia para todo o sul do país e só internam até aos 15 anos..... “. E5

As dificuldades económicas que afetam muitas famílias criam problemas relacionados com a saúde que vão exigir mais tempo dos profissionais e uma boa articulação entre serviços :

“ cada vez mais somos pressionados com indicadores e objetivos de desempenho que não se adequam à nossa realidade social. Todos estes problemas e trabalho que tem que ser feito com as famílias, implica maior disponibilidade em tempo da equipa. “. E1

“ eu considero que tem que haver cada vez mais e melhor diálogo entre os diferentes parceiros para que se possa dar resposta às situações mais difíceis....”. E6

Comportamentos e atitudes das famílias relacionados com a saúde das crianças

Em situação de diminuição de rendimentos, a contenção de gastos familiares incide muitas vezes na alimentação que passa a ter um valor nutricional mais baixo (OCDE, 2014; Liceras, McKee & Quigley, 2014) . A alteração da dieta das famílias, a introdução precoce de alimentos inadequados na alimentação do bebé e as repercussões

na saúde das crianças, foram também temas ao qual foi dado especial relevância :

“....notamos muitas crianças que começam com leite de vaca diluído em água e açúcar por volta dos 9 meses, começam a diversificação alimentar muito cedo e com alimentos como ovos e atum de conserva... há uma estimulação imunoalérgica muito precoce “ . E2

“ voltámos a ver como há vinte anos, bebés a beber leite de vaca, metade leite, metade água. As crianças comem pior “ . E5

Apesar de ter havido uma diminuição de 2.3% no número de consultas de saúde infantil de 2013 para 2014 , no ACES de Sintra (ACES Sintra, 2014) , existe a percepção de que muitas crianças seguidas nos serviços de saúde privados, vêm agora às consultas de saúde infantil nos centros de saúde. Isso pode ser devido não só à impossibilidade de pagar cuidados no sistema privado, mas também porque pode existir por parte do utente , uma percepção de melhor qualidade dos serviços, depois da reestruturação organizacional de alguns centros de saúde :

“ ...vejo crianças que eram seguidas no sistema privado e que agora, por impossibilidade económica recorrem aos nossos serviços para terapia da fala, apoio psicológico e problemas de aprendizagem”. E6

“mais pessoas deixaram de ir ao pediatra privado e começaram a vir mais ao centro de saúde, não só pela crise , mas também por terem agora mais confiança na equipa “ . E1

Mas, por outro lado, existe também a percepção de que os utentes se queixam da falta de resposta dos CSP :

“ ...muitas famílias queixam-se da falta de resposta dos CSP.....e acabam por recorrer ao serviço de urgência sem justificação....” . E5

Mas, outras causas são também apontadas para a utilização inadequada do serviço de urgência:

“as pessoas têm muito pressão para não faltar ao emprego, vêm de imediato à urgência quando não se justifica.....perguntados porque vêm à urgência muitos dizem que não podem ficar em casa porque se faltam ao emprego são despedidos “. E5

Por dificuldade em manter compromissos financeiros com a habitação ou por separação dos pais, muitas famílias mudaram de habitação, passam a viver em famílias alargadas , por vezes em casas com piores condições com os efeitos também já referidos acima:

“ a família nuclear vai ter que se adaptar a uma família alargada.....são situações que por vezes geram conflitos..... nós tentamos sempre trabalhar com as famílias para tentar encontrar pontos positivos nesta nova realidade” .E1

Papel dos serviços de saúde em mitigar efeitos da crise na saúde das crianças

Os entrevistados acreditam que os serviços de saúde, sobretudo ao nível dos cuidados primários e tirando partido da sua proximidade com as populações, têm um papel determinante na resposta aos efeitos da crise económica na saúde das crianças

“ ...é preciso dar prioridade aos CSP.....são a base de tudo, uma estrutura de proximidade com as famílias, que as pode apoiar- o médico, o enfermeiro, o administrativo – é a primeira linha.....” . E5

De facto, os CSP contribuem para reduzir a exclusão dos mais vulneráveis, neste caso as crianças , para reduzir as desigualdades em saúde e têm capacidade em organizar os serviços à volta das necessidades e expectativas das populações (WHO, 2015). Estão também numa posição que lhes permite estabelecer parcerias locais :

“.....como equipa estabelecemos parcerias com várias entidades para facilitar a aquisição de leites, fraldas e produtos dermatológicos...” . E1

Tal como Mcdaid et al (2013) sugerem que o clima económico atual representa uma oportunidade para se repensarem ações de promoção da saúde , essenciais neste período, também foi mencionada nas entrevistas a necessidade de se considerarem as atividades de promoção da saúde :

“ percebe-se que há uma necessidade de criar competências parentais, sociais e emocionais desde muito cedo. há muita permissividade...temos crianças de 8 anos com fralda, com 7 anos a usar biberon, a dormir com os pais aos 10 anos...”. E7

...” ensinar a fazer refeições saudáveis e mais baratas, incentivar troca de roupas e acessórios..... temos um serviço gerido pelos próprios pais na sala de espera da saúde infantil.....”. E2

Os serviços de saúde podem também ter um papel em mitigar os efeitos da crise económica na saúde das crianças ao contribuir para a identificação precoce de fragilidades nas famílias :

“.....Muito vai depender do apoio que receberem , da identificação precoce das fragilidades pelos serviços de saúde ”. E5,

e ao garantir oferta adequada de consultas de valência ligadas à saúde mental, uma vez que esta é a área que parece ser mais referida.

Em suma, vários temas relacionados com o impacto da crise económica foram identificados ou melhor conhecidos através dos dados deste estudo. Estes temas contribuíram para a construção de um questionário usado para recolha de dados no estudo quantitativo que se seguiu. Esta primeira fase, permitiu também que se formulassem as hipóteses de investigação a testar no estudo quantitativo , apresentadas na próxima secção.

5. Estudo Quantitativo

A realização das entrevistas em profundidade na primeira fase desta investigação, possibilitou um melhor conhecimento das principais ideias e tópicos sobre o impacto da crise económica na saúde das crianças. Isto permitiu a formulação de hipóteses que vão agora ser testadas nesta segunda fase, com uma abordagem quantitativa, através da aplicação de um questionário aos médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários do ACES de Sintra.

5.1. Hipóteses de investigação

Considerando os objetivos específicos definidos anteriormente, apresentam-se agora as hipóteses de investigação:

- Existem situações clínicas cuja mudança de frequência é atribuída aos efeitos da crise económica
- O impacto da crise económica criou barreiras na prestação de cuidados de saúde
- Utentes e profissionais de saúde adotaram comportamentos direcionados ao impacto da crise económica na saúde das crianças.
- As percepções de médicos e enfermeiros sobre impacto da crise económica na saúde das crianças estão associadas ao tipo de unidade de saúde
- As percepções de médicos e enfermeiros sobre impacto da crise económica na saúde das crianças estão associadas à zona de influência da unidade de saúde

5.2 Material e Métodos

5.2.1 Desenho do estudo

Estudo observacional, isto é sem interferência do investigador no fenómeno em estudo, descritivo uma vez que procura estudar prevalência e associação e não causalidade, de tipo transversal, uma vez que os dados vão ser colhidos num determinado ponto no tempo (Bowling 2009) e censitário.

5.2.2 População e Amostra

População

Médicos e enfermeiros que fazem consultas de saúde infantil nas unidades de saúde de cuidados primários do ACES de Sintra.

Critério de inclusão:

Foi necessário definir como critério de inclusão o exercício de funções nas consultas de saúde infantil, uma vez que essa característica é do maior interesse para o problema em investigação. Regra geral, nas USF todos os médicos e enfermeiros exercem funções nas consultas de saúde infantil, o que não acontece em todas as UCSP. Deste modo, foi necessário fazer uma contagem específica para cada unidade de saúde, em colaboração com os respectivos coordenadores, uma vez que estes números não estão disponíveis a nível central.

À data de administração do questionário, a população era constituída por 209 elementos (N=209)

Amostra - Não foi selecionada uma amostra, uma vez que se considerou viável estudar todos os elementos da população, tratando-se por isso de um estudo censitário.

5.2.3 Instrumento de recolha de dados

Assumindo um uso de linguagem comum nos indivíduos em estudo, considerando a sua pouca disponibilidade de tempo, o seu número e o carácter sensível que a expressão de percepções sobre esta problemática pode assumir para alguns dos participantes, julgou-se ser vantajosa a utilização de um instrumento com uma matriz idêntica para todos, de rápida operacionalização, passível de abranger um grande número de indivíduos, pouco dispendioso e anónimo (Bowling 2009). Foi, assim, escolhido o questionário de autopreenchimento como instrumento de recolha de dados.

Na ausência de um questionário já existente, capaz de fornecer dados para responder à questão de investigação e comprovar ou rejeitar as hipóteses, decidiu-se proceder ao seu desenvolvimento.

As perguntas foram fundamentadas:

- na revisão de literatura
- no modelo teórico conceptual da investigação
- nos resultados do estudo qualitativo

As perguntas são na sua grande maioria fechadas, sendo duas delas abertas para que se possa dar a possibilidade ao participante de explorar algum tema ainda não coberto suficientemente. As perguntas abertas não têm à partida variáveis definidas e são apresentadas como opcionais.

As perguntas fechadas sobre a temática em estudo consistem em afirmações para as quais se pede escolha de concordância numa escala de 5 pontos, tipo Likert , codificada da seguinte forma:

1. discordo totalmente,
2. discordo
3. não concordo nem discordo
4. concordo
5. concordo totalmente

A opção de 5 respostas alternativas permite dar mais escolha e fornecer mais detalhe, além disso não força o inquirido a tomar uma posição de concordância ou discordância, o que no âmbito deste estudo se justifica pela natureza de algumas perguntas e pelo facto do questionário ser anónimo havendo uma menor tendência em dar respostas neutras (Hill & Hill, 2012).

As perguntas respeitantes às características do participantes são de escolha múltipla.

Foram seguidas algumas estratégias no desenho do questionário para motivar e facilitar o preenchimento e para evitar alguns efeitos indesejáveis (Bowling 2009) :

- As perguntas foram agrupadas em 5 secções diferentes para facilidade de preenchimento e melhor contextualização:

1. Mudanças na apresentação de situações clínicas e efeitos a longo prazo na saúde das crianças,
 2. Barreiras na prestação de cuidados de saúde
 3. Comportamentos adoptados para gerir os efeitos da crise económica relacionados com a saúde
 4. Outros aspectos relevantes (pergunta aberta)
 5. Características dos participantes
- Foram usados vários blocos para a mesma secção e alteração esporádica do sentido das afirmações (de positivo para negativo) para evitar repetição de estilo de resposta à pergunta precedente (viés de conformidade), por exemplo, sempre concordância .
 - As primeiras perguntas são mais básicas, passando-se depois para as que exigem um pouco mais de reflexão , terminando com as perguntas que dizem respeito às características do participantes. Estas foram colocadas no final do questionário , uma vez que não necessitam de reflexão e não são sensíveis ao “efeito de cansaço” do inquirido.
 - O tempo necessário para o preenchimento é inferior a 10 minutos.

Depois de desenvolvido, o questionário foi submetido a um pré-teste para verificação da clareza e compreensão das perguntas (validação de conteúdo) . Numa primeira etapa foi apresentado face a face a 3 médicos e 2 enfermeiros com funções nos cuidados primários, para verificação da clareza e compreensão das perguntas e confirmação do tempo de preenchimento . Pequenas alterações de formato foram feitas, incluindo a redução de blocos nas secções. O questionário , foi depois disponibilizado através da plataforma online Survey Monkey ® , tendo sido respondido e comentado por 4 enfermeiros e 11 médicos. O tempo de preenchimento foi confirmado e feitas mais alterações na redação de algumas perguntas, sobretudo para encurtar o texto e foi retirada uma pergunta por ser considerada pouco clara. Chegou-se , assim, à versão do questionário que foi aplicada (anexo 5).

O questionário é precedido por um formulário de informação e consentimento informado, feito em duplicado, que contém breve descrição sobre a relevância e

objetivos do estudo, declaração de confidencialidade e anonimato , estimativa do tempo necessário para preenchimento, instruções para entrega depois de preenchido e contactos da investigadora (anexo 6) . A anteceder a primeira pergunta há uma pequena nota a esclarecer o que se entende por “crise económica” (diminuição de rendimentos e o clima socioeconómico difícil iniciados em 2011) e “criança” (qualquer ser humano com idade até aos 18 anos) , para efeitos deste estudo .

São também fornecidos dois envelopes brancos para entrega em separado, a fim de manter anonimato, do questionário e consentimento informado.

Os questionários foram distribuídos pessoalmente pela investigadora, em todas as unidades de saúde entre 8 e 16 de julho de 2015, a recolha terminou a 23 de julho de 2015. Foi estabelecido contacto direto e pessoal com o coordenador médico de cada unidade de saúde a quem foram apresentadas as linhas gerais do estudo , o parecer das Comissões de Ética, o questionário e pedido de colaboração para divulgação do estudo na unidade. Nessa altura foi definida qual a estratégia mais viável para a divulgação. Sempre que possível, o que aconteceu na maioria das unidades, o estudo foi também apresentado ao pessoal de enfermagem. Em duas unidades o estudo foi apresentado em formato Powerpoint® em reunião com todos os profissionais disponíveis. Os questionários foram distribuídos pelo coordenador médico e/ou de enfermagem, com instruções para serem colocados depois de preenchidos em urna facultada pela investigadora para este efeito. Foi acordada uma data para recolha cerca de uma semana depois da entrega. Um ou dois dias anteriores à data , foi feito contacto pessoal ou telefónico com o coordenador para confirmar a recolha e como incentivo para relembrar aos seus colaboradores que o prazo para preenchimento estava a acabar .

5.2.4 Variáveis

A classificação das variáveis é um passo importante para a escolha das técnicas de estatística a utilizar na análise de dados. As variáveis deste estudo podem ser resumidas em dois grandes grupos - ordinais e nominais e classificadas da seguinte forma (tabela 8) :

Tabela 8 : Caracterização das variáveis

Variáveis	Tipo	Escala	Domínio
1. Percepções dos médicos e enfermeiros sobre os efeitos da crise económica na saúde das crianças (55 variáveis)	Qualitativa	Ordinal	1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Não concordo nem discordo 4. Concordo 5. Concordo totalmente
2. Características participantes:			
Sexo	Qualitativa	Nominal	0. Masculino 1. Feminino
Idade	Qualitativa	Ordinal	1. <40 anos 2. 40-60 ano 3. >60 anos
Categoria profissional	Qualitativa	Nominal	1. Enfermeiro 2. Médico
Tempo de exercício profissional	Qualitativa	Ordinal	1. < 1ano 2. 1-3 anos 3. 4-7 anos 4. > 7anos
Tipo unidade de saúde	Qualitativa	Nominal	1. USF 2. UCSP
Área de influência da unidade de saúde (freguesia)	Qualitativa	Nominal	1. Aqualva e Mira Sintra 2. Algueirão-Mem Martins 3. Almargem do Bispo, Montelavar e Pêro Pinheiro 4. Cacém e S. Marcos 5. Casal de Cambra 6. Colares 7. Massamá e Monte Abraão 8. Queluz e Belas 9. Rio de Mouro 10. S. João Lampas e Terrugem 11. União Freguesias Sintra

5.2.5 Análise de dados

A cada questionário foi atribuído um número de código: ID 1 a ID174.

As respostas às perguntas abertas foram tratadas por análise quantitativa de conteúdo, com identificação dos temas mais frequentes. As respostas às duas perguntas foram analisadas em conjunto, uma vez que em ambas se pretendia dar oportunidade para que situações não abordadas nas perguntas fechadas pudessem ser referidas.

Os temas foram depois codificados em categorias .

Os dados das perguntas fechadas foram inseridos e processados informaticamente com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 20.0 para Mac OS, onde foi criada uma matriz de dados .

Foram usadas técnicas de estatística descritiva com cálculo de frequências , medidas de tendência central e medidas de dispersão. Nas variáveis de escala nominal foram usadas as frequências absolutas e relativas; nas de escala ordinal foram usadas frequências absolutas, relativas e cumulativas. Como medidas de tendência central usaram-se a mediana e moda ; o intervalo interquartil foi usado como medida de dispersão.

Associação entre variáveis

Identificaram-se algumas variáveis chave relacionadas com temas aos quais tinha sido dada particular relevância no estudo qualitativo, sobretudo os relacionados com saúde mental, resposta e papel dos cuidados de saúde primários na mitigação dos efeitos da crise económica na saúde das crianças e com o transporte para acesso aos serviços.

Para testar a hipótese: “As percepções de médicos e enfermeiros sobre impacto da crise económica na saúde das crianças estão associadas à zona de influência da unidade de saúde “ e responder ao objetivo específico: “ Verificar se as percepções de médicos e enfermeiros dependem da zona de influência da sua unidade de saúde”, estudou-se a associação entre algumas destas variáveis e a localização geográfica das unidades de saúde dos inquiridos. Caso se verifique uma associação estatisticamente significativa,

essa informação poderá, por exemplo, ser útil na implementação prioritária de medidas nessa zona.

Foi também pesquisada a associação entre algumas variáveis e o tipo de unidade de saúde para testar a hipótese : “As percepções de médicos e enfermeiros sobre impacto da crise económica na saúde das crianças estão associadas ao tipo de unidade de saúde”, correspondente ao objetivo específico: “Verificar se as percepções de médicos e enfermeiros dependem do tipo de unidade de saúde” ; uma vez que em resultado dos diferentes modelos organizacionais das USFs e UCSPs poderemos ter um impacto diferente nas percepções de médicos e enfermeiros.

Foi, assim, analisada a existência de associação entre as seguintes variáveis :

- Aumento atividades de promoção da saúde x tipo unidade de saúde
- Aumento casos alteração do comportamento x zona do concelho
- Oferta consultas de Psicologia x zona do concelho
- Falta de resposta dos CSP x zona do concelho
- Falta de resposta dos CSP x tipo unidade de saúde
- Falta dinheiro para transporte para consultas x zona do concelho

Utilizou-se o teste do chi- quadrado - χ^2 , uma vez que se pretende estudar a associação entre variáveis qualitativas. Este teste é realizado através da análise das tabelas de contingência . Tem como regra de aplicação que em todas as células o número de observações deve ser maior do que 1 e não mais do que 20% das células devem ter observações de número inferior a 5 (Elston & Jonhson 2008) .

Como em algumas variáveis de interesse para estudar a associação, existiam alguns valores zero, por exemplo na células discordo totalmente, ou concordo totalmente, agruparam-se, só para este efeito , os pontos da escala de Likert do seguinte modo :

Original	Para utilizar o teste de χ^2
1= discordo totalmente	1= discordância
2= discordo	
3= não concordo , nem discordo	2= não concordo nem discordo
4= concordo	3= concordância
5= concordo totalmente	

Para simplificação, a localização geográfica foi resumida em duas zonas: Sintra Ocidental e Sintra Oriental (semelhante à classificação feita pela CPCJs de Sintra), utilizando os dados das freguesias incluídas no questionário.

Sintra Ocidental: inclui as zonas mais rurais, a parte litoral do concelho e algumas zonas urbanas. Freguesias: Algueirão-Mem Martins; Colares; Rio de Mouro; União das Freguesias de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; União das Freguesias de Sintra ; União das Freguesias de São João das Lampas e Terrugem.

Sintra Oriental: mais urbanizada, maior densidade populacional, inclui as zonas ao longo do corredor rodoviário e ferroviário. Freguesias: Casal de Cambra; União das Freguesias de Cacém e São Marcos; União das Freguesias de Agualva e Mira Sintra; União das Freguesias de Queluz e Belas; União das Freguesias de Massamá e Monte Abraão.

As hipóteses nula e alternativa definidas para a análise estatística de cada associação foram :

- H_0 : As variáveis são independentes (não estão associadas)
- H_1 : As variáveis não são independentes (estão associadas)

Regra de teste: Para um nível de significância de 5% , é rejeitada a hipótese nula quando o $p\text{-value} \leq 0,05$

Para estudar a intensidade da associação, usou-se o V de Cramer. Esta medida de associação pode ter valores entre 0 e 1. A associação é tanto mais forte quanto mais próximo de 1 for o valor – para valores de 0.10 : pouco efeito; 0.30: efeito médio; >0.50: efeito grande (Elston & Jonhson 2008) .

5.3 Resultados

5.3.1 Taxa de resposta

De uma população de 209, 174 indivíduos devolveram os questionários preenchidos, o que corresponde a uma **taxa de resposta de 83,2%**.

Nenhum questionário foi anulado.

5.3.2. Caracterização dos Participantes

N= 174

A maioria dos médicos e enfermeiros (72%) que fazem saúde infantil no ACES de Sintra tem entre 40 e 60 anos. Há um predomínio marcado do sexo feminino (85 %).

84,5% tem uma experiência profissional superior a 7 anos. 68% trabalha em USFs. Distribuem-se pelas freguesias nas percentagens apresentadas na tabela 9.

Tabela 9. Características dos participantes

Variáveis sociodemográficas e profissionais (nominais)	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Sexo		
Feminino	148	85.5%
Masculino	25	14.5%
<i>Missing values</i>	1	0,6%
Categoria profissional		
Enfermeiro	84	48.3%
Médico	89	51.1%
<i>Missing values</i>	1	0,6%
Unidade de Saúde		
USF	119	68.4%
UCSP	54	31%
<i>Missing values</i>	1	0,6%

Variáveis sociodemográficas e profissionais (nominais)	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Freguesias		
Aqualva e Mira Sintra	9	5.2%
Algueirão - Mem Martins	24	13.8%
Almargem do Bispo, Montelavar e Pêro Pinheiro	9	5.2%
Cacém e S. Marcos	28	16.1%
Casal de Cambra	5	2.9%
Colares	5	2.9%
Massamá e Monte Abraão	23	13.2%
Queluz e Belas	10	5.7%
Rio de Mouro	27	15.5%
S. João Lampas e Terrugem	7	4.0%
União Freguesias Sintra	26	14.9%
<i>Missing values</i>	1	0.6%

Variáveis sociodemográficas e profissionais (ordinais)	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência cumulativa
Idade			
< 40 anos	37	21.3%	21.4%
40-60 anos	125	71.8%	93.6%
< 60 anos	11	6.3%	100.0%
<i>Missing values</i>	1	0.6%	
Exercício Profissional			
< 1 ano	1	0.6%	0.6%
1-3 anos	8	4.6%	5.2%
4-7 anos	17	9.8%	15%
>7anos	147	84.5%	100%

5.3.3 Percepções sobre os efeitos da crise económica na saúde das crianças

As perguntas de resposta aberta, foram respondidas por 77 (44,2%) dos 174 inquiridos.

A tabela 10 sumariza os temas e categorias identificados, com exemplos de contexto.

Tabela 10: Resultados das perguntas de resposta aberta

Categorias	Temas (frequência)	Exemplos de contexto
SAÚDE MENTAL	problemas saúde mental em geral (11)	ID 161: “ somatização por ansiedade com dores abdominais” ID138: “..... deficit atenção na escola, instabilidade emocional ao assistir à relação dos pais, insegurança....”
	alterações comportamento (4)	ID84: “.... as crianças são o nosso ADN social, estão a ser muito desrespeitadas - vai-se repercutir desfavoravelmente no futuro. sobretudo no equilíbrio emocional.....”
	ansiedade (5)	
NUTRIÇÃO	má nutrição (18)	ID 44: “ As crianças de hoje são os pais de amanhã . Por isso os maus hábitos alimentares, o sedentarismo, a obesidade e falta de cuidados com a saúde vão ter um impacto forte e prejudicial na próxima geração ID 80: “ alimentação pouco adequada: menos leite adaptado, menos leite de vaca, aumento de hidratos de carbono, menos frutas e verduras...”
RELAÇÕES FAMILIARES	menor disponibilidade dos pais (13)	ID 4: “ o abandono diário por falta de capacidade dos pais em acompanhar as crianças, está a criar uma sociedade paralela, com valores sociais e culturais muito pobres”
	emigração dos pais (9)	ID 70 : “ o medo dos pais perderem o emprego, associado ao número de horas/carga laboral leva a um acompanhamento deficiente da criança “
	tensões familiares (6)	ID 88: “ a ansiedade e o conflito dos pais presenciado pelas crianças em casa. Maior número de crianças a ser entregue ao cuidado dos avós.” ID 138: “ dificuldade em ter ‘espaço em casa’, pai e mãe (sem projeto de vida em comum) não habitam na mesma casa, ou estão juntos em casa de familiares. Educação das crianças ?, regras ?” ID160 “ perda de’ paternidade’ por emigração do pai, quando não é de ambos, pai e mãe”

Categorias	Temas (frequência)	Exemplos de contexto
PROMOÇÃO DA SAÚDE	apoio na gestão de recursos familiares importantes para a saúde (5)	<p>ID77: “promover ensino a pais que não sabem fazer as opções corretas em relação à alimentação...”</p> <p>ID168: “ promover ações de acompanhamento de famílias fragilizadas mais de perto no sentido de ajudar na gestão dos recursos. A crise de valores e prioridades ainda é mais grave do que a económica. Muitas vezes as famílias recorrem a produtos mais caros com menor qualidade. O sedentarismo é cada vez mais uma opção.....existem equipamentos e atividades gratuitos para a prática de exercício que as pessoa desconhecem ou ignoram.”</p>

Os resultados das respostas aos itens de Likert nas perguntas fechadas, são apresentados por grupos, através do valor da mediana nas tabelas 11 (grupo 1), 12 (grupo 2) e 13 (grupo 3), com a respectiva interpretação. Para facilidade de apresentação , são mostrados, também por grupo, somente os gráficos de frequências para as perguntas que suscitaram “concordância “ (mediana 4) ou discordância (mediana 2).

O intervalo interquartil foi calculado pela diferença entre o percentil 75 e 25: $IQ = P75 - P25$. Para 38 variáveis teve o valor 1 e para 17 o valor 2, o que revela que a maior parte das observações é pouca dispersa em relação à mediana.

Tabela 11. Grupo 1 - Percepções : Medianas e interpretação

GRUPO 1. ALTERAÇÕES DE FREQUÊNCIA DE SITUAÇÕES CLÍNICAS E EFEITOS A LONGO PRAZO NA SAÚDE DAS CRIANÇAS ATRIBUÍDAS À CRISE ECONÓMICA			
PERGUNTA		MEDIANA	INTERPRETAÇÃO
1.1 Patologia dermatológica. Tenho observado um aumento de:			
Q1	Agudização de eczema por falta de tratamento adequado	3	A opinião parece não estar polarizada em relação a esta afirmação . 23% (N=40), discorda ou discorda totalmente, 30% (N=51) é neutral e 47% (N=81) concorda ou concorda totalmente

PERGUNTA		MEDIANA	INTERPRETAÇÃO
1.1 Patologia dermatológica. Tenho observado um aumento de:			
Q2	Agudização de eczema por dificuldade dos cuidadores em comprar medicação	4	A maioria dos inquiridos (N= 93, 54%) concorda ou concorda totalmente com o aumento desta situação. 26% (N=45) é neutral e 20% (N=35) não concorda.
Q3	Infeções secundárias da pele relacionadas com maus cuidados de higiene	3	A opinião parece não estar polarizada em relação a esta afirmação. 26% (N=45), discorda ou discorda totalmente, 32% (N=55) é neutral e 42% (N=74) concorda ou concorda totalmente.
Q4	Parasitoses da pele (escabiose, pediculose)	3	A opinião parece não estar suficientemente polarizada em relação a esta afirmação. 24% (N=44), discorda ou discorda totalmente, 26% (N=45) é neutral e 49% (N=85) concorda ou concorda totalmente.
1.2. Saúde Mental. Tenho observado aumento de:			
Q5	Consumo de substâncias de abuso	3	A opinião parece não estar polarizada quanto ao aumento de consumo de substâncias de abuso. 20% (N=35), discorda ou discorda totalmente, 39% (N=67) é neutral e 39% (N=67) concorda ou concorda totalmente.
Q6	Quadros de ansiedade	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 150, 87%) concorda ou concorda totalmente com o aumento de quadros de ansiedade. 7% (N=12) é neutral e 6% (N=11) não concorda.
Q7	Sinais de automutilação	3	A opinião parece dividida em relação a um aumento de automutilação . 31% (N=54), discorda ou discorda totalmente, 44% (N=76) é neutral e 34% (N=52) concorda ou concorda totalmente.

PERGUNTA		MEDIANA	INTERPRETAÇÃO
1.2. Saúde Mental. Tenho observado aumento de:			
Q8	Quadros depressivos	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 140, 81%) concorda ou concorda totalmente com o aumento de quadros depressivos. 12% (N=21) é neutral e 7% (N=12) não concorda.
Q9	Alterações de comportamento	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 133, 77%) concorda ou concorda totalmente com o aumento de alterações de comportamento 16% (N=28) é neutral e 7% (N=12) não concorda.
1.3. Outras situações. Tenho observado aumento de:			
Q10	Maus tratos	3	A opinião parece dividida em relação a um aumento dos maus tratos . 35% (N=43), discorda ou discorda totalmente, 44% (N=77) é neutral e 30% (N=51) concorda ou concorda totalmente.
Q11	Negligência	4	A maioria dos inquiridos (N= 88, 51%) concorda ou concorda totalmente com o aumento de casos de negligência .30% (N=52) é neutral e 18% (N=32) não concorda.
Q12	Exposição a violência doméstica	3	A opinião parece dividida em relação a um aumento da exposição à violência doméstica. 18% (N=31), discorda ou discorda totalmente, 32% (N=56) é neutral e 48% (N=84) concorda ou concorda totalmente.
Q13	Casos referenciados às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens	4	A maioria dos inquiridos (N= 103, 60%) concorda ou concorda totalmente com o aumento de referências à CPCJ .29% (N=51) é neutral e 11% (N=19) não concorda.
Q14	Casos referenciados aos serviços sociais	4	A maioria dos inquiridos (N= 124, 71%) concorda ou concorda totalmente com o aumento de referências aos serviços sociais. 20% (N=51) é neutral e 8% (N=14) não concorda.

PERGUNTA		MEDIANA	INTERPRETAÇÃO
1.3. Outras situações.			
Tenho observado aumento de:			
Q15	Insucesso escolar	4	A maioria dos inquiridos (N= 117, 68%) concorda ou concorda totalmente com o aumento de insucesso escolar .25% (N=43) é neutral e 6% (N=11) não concorda.
Q16	Cáries dentárias	4	A maioria dos inquiridos (N= 113, 65%) concorda ou concorda totalmente com o aumento de cáries dentárias .23% (N=39) é neutral e 10% (N=16) não concorda.
Q17	Asma mal controlada	3	A opinião parece dividida em relação a um aumento de asma mal controlada. 17% (N=29), discorda ou discorda totalmente, 41% (N=71) é neutral e 41% (N=68) concorda ou concorda totalmente.
Q18	Casos que necessitam de terapia da fala	4	A maioria dos inquiridos (N= 94, 54%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação. 31% (N=54) é neutral e 14% (N=24) não concorda
Q19	Casos que necessitam de terapia ocupacional	3	A opinião parece dividida em relação à afirmação. 16% (N=27), discorda ou discorda totalmente, 47% (N=81) é neutral e 37% (N=64) concorda ou concorda totalmente.
1.4. Em relação aos efeitos a longo prazo da crise económica na saúde das crianças			
Q20	A crise económica não terá efeitos a longo prazo na saúde das crianças	2	A grande maioria dos inquiridos (N=130, 75%)) discorda ou discorda totalmente com a afirmação. 10% (N=18) é neutral e 15% (N=26) concorda.
Q21	A obesidade será um efeito a longo prazo da crise económica na saúde das crianças	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 139, 80%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação. 15% (N=26) é neutral e 5% (N=8) não concorda
Q22	A crise económica terá efeitos a longo prazo na saúde mental das crianças	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 135, 78%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação .17% (N=30) é neutral e 5% (N=8) não concorda
Q23	O maior efeito a longo prazo será na saúde mental das crianças	4	A maioria dos inquiridos (N= 93, 54%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação .36% (N=63) é neutral e 10% (N=17) não concorda

Apresentam-se agora, os gráficos de frequências para este grupo de perguntas (medianas 4) na figura 7.

Figura 7. Gráficos de frequências – grupo 1: Alterações de frequência de situações clínicas e efeitos a longo prazo na saúde das crianças atribuídas à crise económica

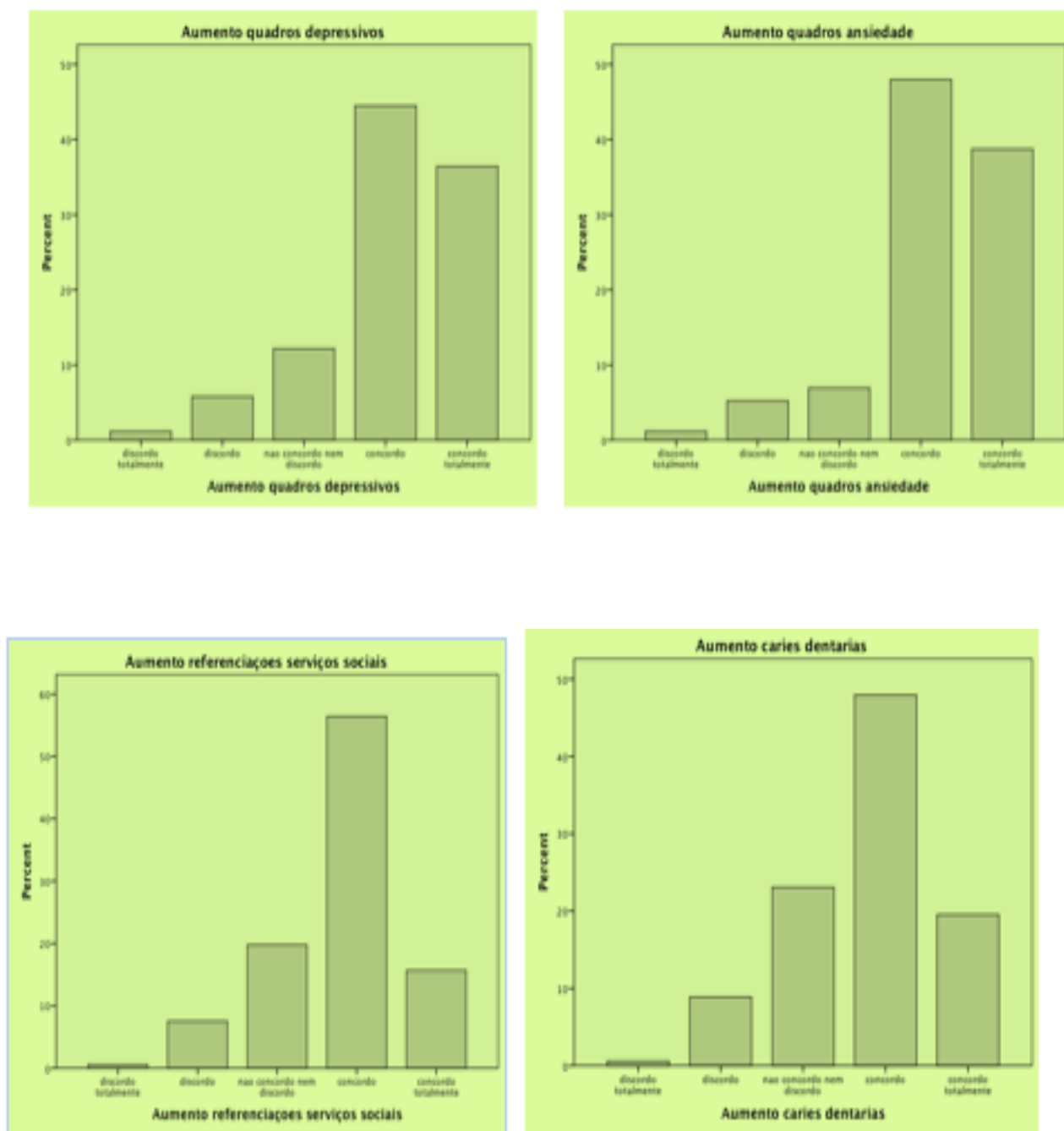


Figura 7. Gráficos de frequências – grupo 1: Alterações de frequência de situações clínicas e efeitos a longo prazo na saúde das crianças atribuídas à crise económica

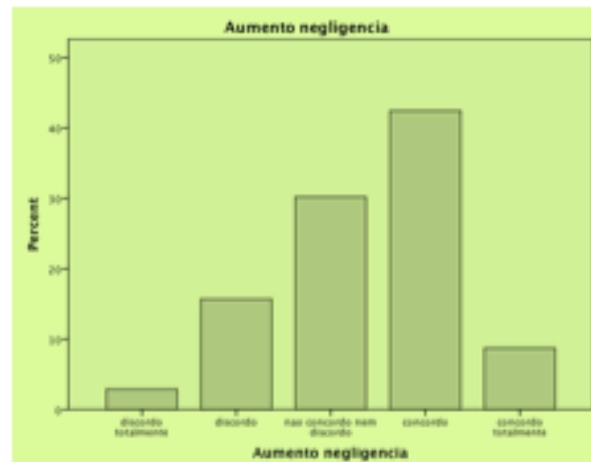
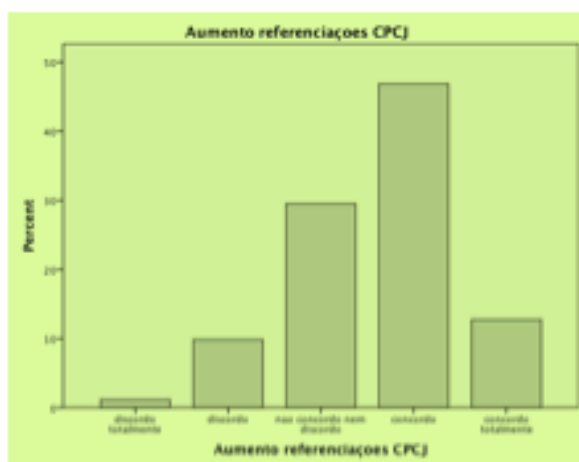
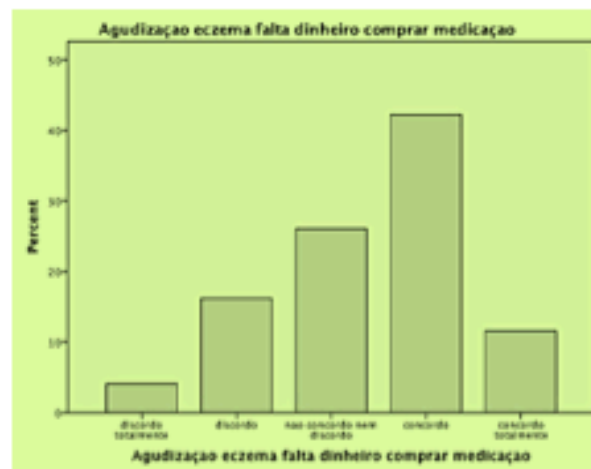
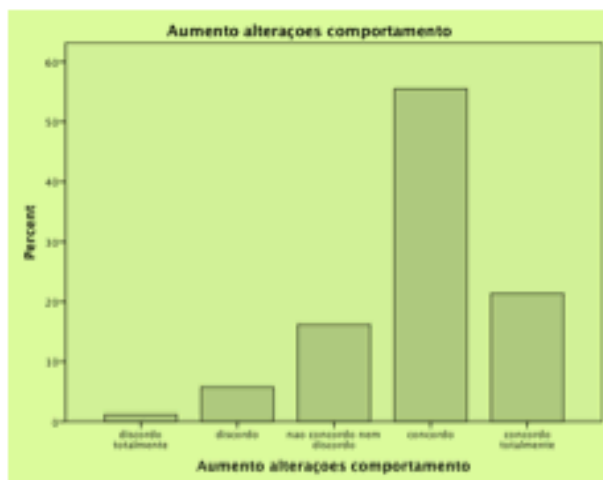


Figura 7. Gráficos de frequências – grupo 1: Alterações de frequência de situações clínicas e efeitos a longo prazo na saúde das crianças atribuídas à crise económica

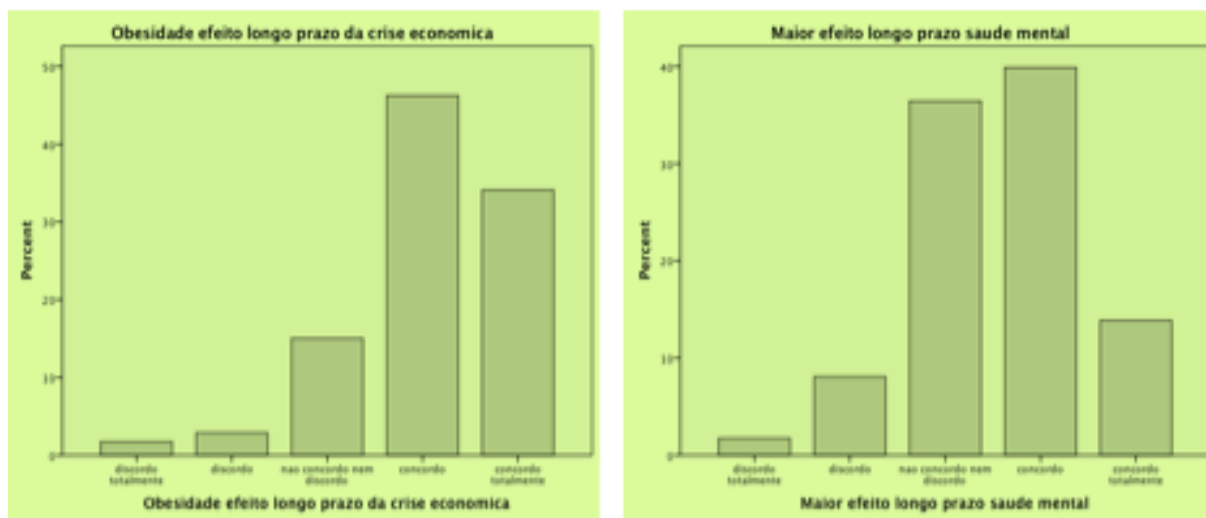


Tabela 12. Grupo 2 - Percepções : Medianas e interpretação

GRUPO 2. BARREIRAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE			
PERGUNTA		MEDIANA	INTERPRETAÇÃO
2.1. Disponibilidade			
Q24	Têm sido implementadas medidas suficientes no SNS para mitigar os efeitos da crise económica na saúde das crianças	2	A maioria dos inquiridos (N=114, 71%)) discorda ou discorda totalmente que têm sido implantadas medidas suficientes para mitigar os efeitos da crise na saúde das crianças. 17% (N=30) é neutral e 12% (N=20)
Q25	Os cuidados de saúde primários têm recursos humanos suficientes para mitigar os efeitos da crise económica na saúde das crianças	2	A grande maioria dos inquiridos (N=150, 86%)) discorda ou discorda totalmente que os CSP têm RH suficientes para mitigar os efeitos da crise na saúde das crianças. 7% (N=12) é neutral e 7% (N=12) concorda
Q26	A comunicação entre os cuidados primários e os outros serviços é insuficiente	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 137, 79%) concorda ou concorda totalmente que a comunicação entre CSP e outros serviços é insuficiente 10% (N=17) é neutral e 11% (N=19) não concorda

PERGUNTA		MEDIANA	INTERPRETAÇÃO
2.1. Disponibilidade			
Q27	As famílias com crianças queixam-se da falta de resposta dos cuidados primários de saúde	4	A maioria dos inquiridos (N= 89, 52%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 25% (N=44) é neutral e 23% (N=40) não concorda
Q28	O tempo de consulta que tenho disponível é suficiente nos casos de famílias com problemas socioeconómicos	2	A maioria dos inquiridos (N=119, 68%) discorda ou discorda totalmente com a afirmação .10% (N=17) é neutral e 21% (N=37) concorda
Q29	É benéfico aumentar as atividades para a promoção da saúde na comunidade, para mitigar os efeitos da crise na saúde das crianças	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 155, 89%) concorda ou concorda totalmente que é benéfico aumentar promoção da saúde neste contexto . 9% (N=15) é neutral e 2% (N=3) não concorda
Q30	A minha unidade de saúde tem recursos para aumentar o número de atividades de promoção da saúde	2	A maioria dos inquiridos (N=112, 64%) discorda ou discorda totalmente com a afirmação .13% (N=22) é neutral e 23% (N=39) concorda
Q31	A minha unidade de saúde tem aumentado o número de atividades de promoção da saúde	3	A opinião não é polarizada em relação à afirmação. 37% (N=65), discorda ou discorda totalmente, 28% (N=49) é neutral e 34% (N=59) concorda ou concorda totalmente.
A oferta das seguintes consultas é suficiente:			
Q32	Psicologia	2	A grande maioria dos inquiridos (N=151, 87%) discorda ou discorda totalmente que a oferta de consultas de Psicologia é suficiente .6% (N=10) é neutral e 6% (N=11) concorda
Q33	Pedopsiquiatria	2	A grande maioria dos inquiridos (N=139, 80%) discorda ou discorda totalmente que a oferta de consultas de Pedopsiquiatria é suficiente .10% (N=18) é neutral e 9% (N=15) concorda
Q34	Pediatria	3	A opinião parece dividida em relação à oferta de consultas de Pediatria ser suficiente . 47% (N=81), discorda ou discorda totalmente, 22% (N=81) é neutral e 31% (N=54) concorda ou concorda totalmente.

PERGUNTA		MEDIANA	INTERPRETAÇÃO
A oferta das seguintes consultas é suficiente:			
Q35	Medicina Dentária	2	A grande maioria dos inquiridos (N=144, 83%) discorda ou discorda totalmente que a oferta de consultas de Medicina Dentária é suficiente 8% (N=14) é neutral e 8% (N=14) concorda
Q36	Terapia Ocupacional	2	A maioria dos inquiridos (N=125, 72%) discorda ou discorda totalmente que a oferta de consultas de Terapia Ocupacional é suficiente . 21% (N=37) é neutral e 6% (N=10) concorda
Q37	Terapia da Fala	2	A maioria dos inquiridos (N=118, 68%) discorda ou discorda totalmente que a oferta de consultas de Terapia da fala é suficiente .20% (N=34) é neutral e 12% (N=20) concorda
Q38	Imunoalergologia	2	A maioria dos inquiridos (N=98, 56%) discorda ou discorda totalmente que a oferta de consultas de Imunoalergologia é suficiente .26% (N=45) é neutral e 17% (N=29) concorda
2.2. Custo			
Q39	1.As taxas moderadoras dos 12 aos 18 anos têm feito com que mais crianças não realizem exames complementares	3	A opinião não é polarizada em relação à afirmação. 27% (N=47), discorda ou discorda totalmente, 25% (N=44) é neutral e 47% (N=81) concorda ou concorda totalmente
Q40	2.As taxas moderadoras dos 12 aos18 anos têm provocado uma diminuição da utilização das consultas neste grupo etário	4	A maioria dos inquiridos (N= 96, 55%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 24% (N=41) é neutral e 20% (N=35) não concorda
Q41	3.Mais famílias referem dificuldade de acesso a consultas por não terem dinheiro para o transporte	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 131, 75%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação. 18% (N=32) é neutral e 5% (N=9) não concorda
Q42	4.A situação acima é particularmente relevante para a pedopsiquiatria	4	A maioria dos inquiridos (N= 92, 53%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 39% (N=67) é neutral e 8% (N=13) não concorda

De seguida, na figura 8, os gráficos de frequências para este grupo de perguntas (medianas 2 e 4 - discordância e concordância, respectivamente) .

Figura 8. Gráficos de frequências, grupo 2: Barreiras na prestação de cuidados de saúde
Grupo 2

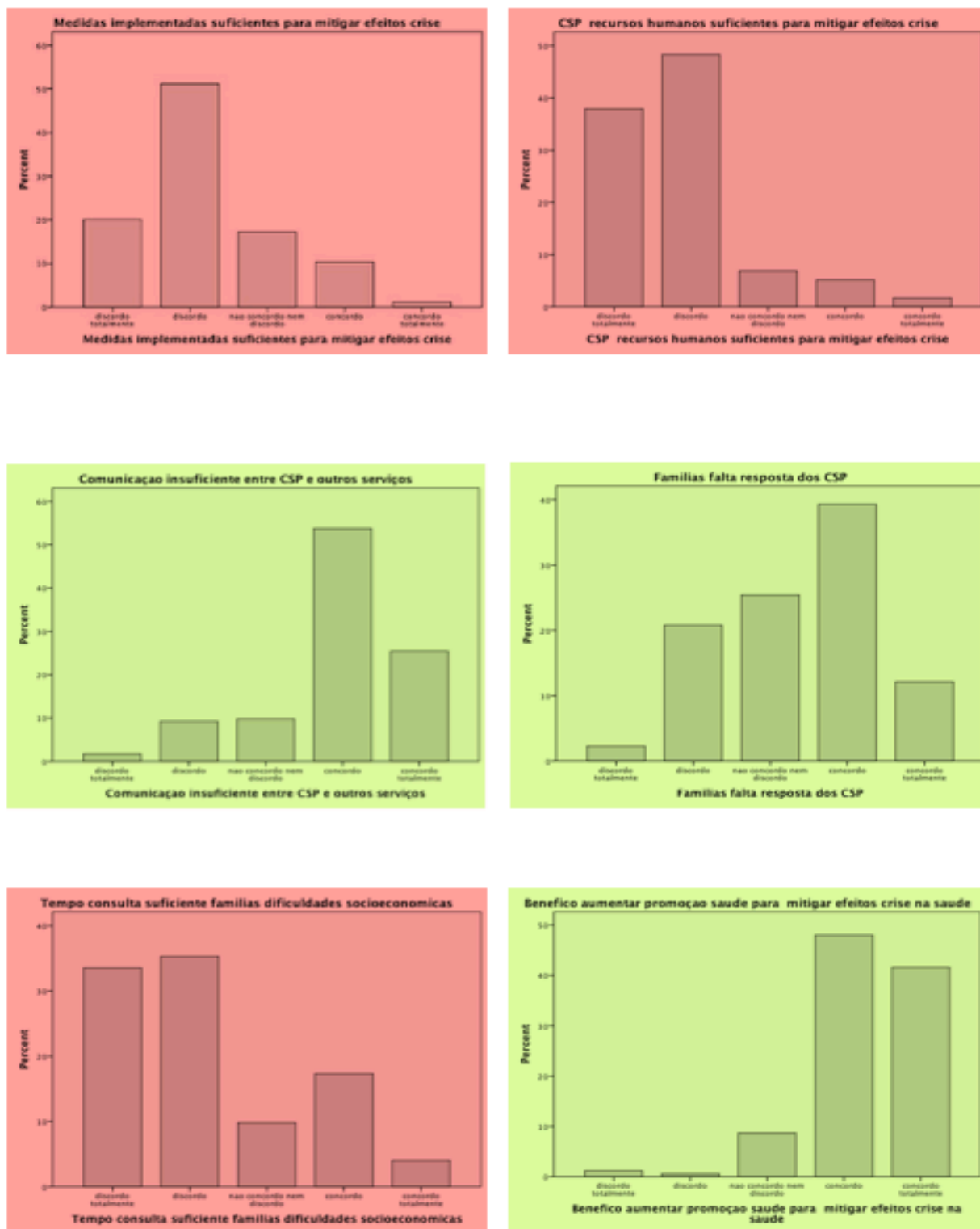


Figura 8. Gráficos de frequências, grupo 2: Barreiras na prestação de cuidados de saúde

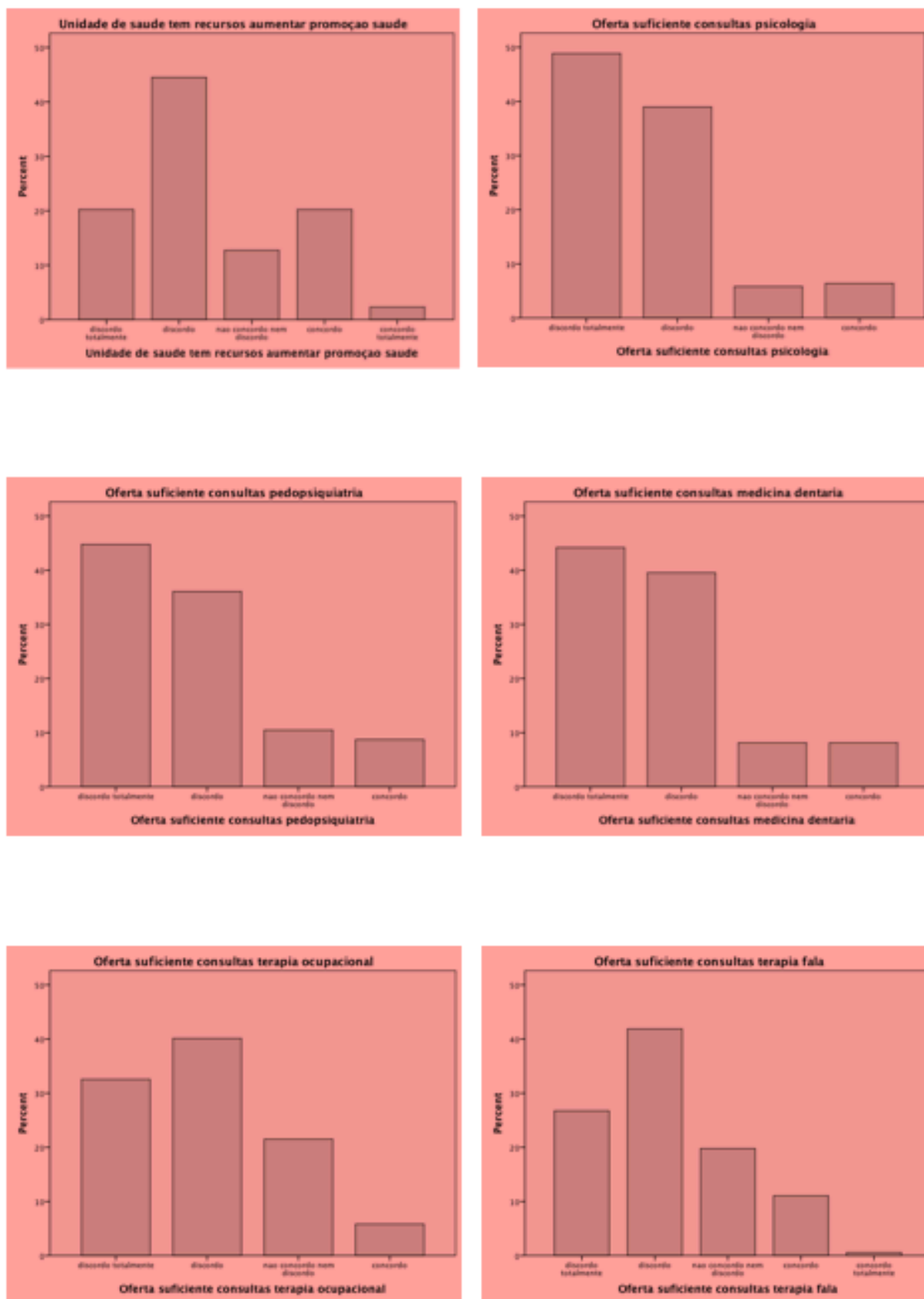


Figura 8. Gráficos de frequências, grupo 2: Barreiras na prestação de cuidados de saúde

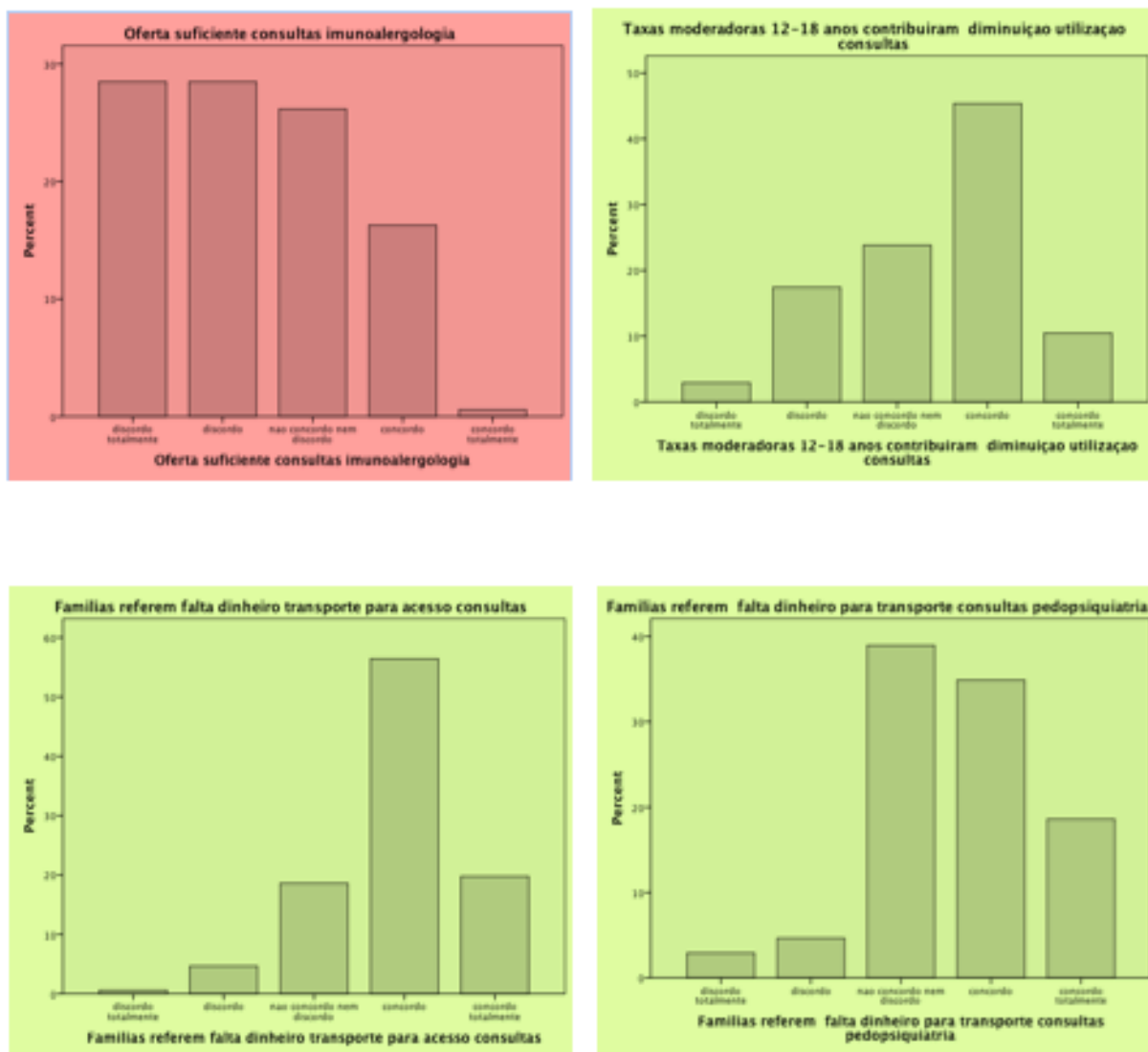


Tabela 13. Grupo 3 - Percepções : Medianas e interpretação

GRUPO 3. COMPORTAMENTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE ADOPTADOS PARA GERIR OS EFEITOS DA CRISE			
PERGUNTA		MEDIANA	INTERPRETAÇÃO
3.1. Alimentação			
Q43	Há um aumento dos casos de introdução precoce de leite de vaca na alimentação do bebé	4	A maioria dos inquiridos (N= 116, 57%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 14% (N=25) é neutral e 19% (N=32) não concorda

PERGUNTA		MEDIANA	INTERPRETAÇÃO
3.1. Alimentação			
Q44	Há um aumento de casos de introdução precoce da alimentação diversificada na alimentação do bebé	4	A maioria dos inquiridos (N= 108, 62%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 16% (N=27) é neutral e 21% (N=37) não concorda
Q45	Mais mães têm optado pelo aleitamento materno por não poderem comprar leites artificiais	3	A opinião parece dividida em relação à afirmação. 33% (N=57), discorda ou discorda totalmente, 39% (N=67) é neutral e 28% (N=48) concorda ou concorda totalmente
Q46	As famílias substituíram proteínas por alimentos de mais baixo custo e menor valor nutricional	4	A maioria dos inquiridos (N= 121, 70%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 21% (N=36) é neutral e 8% (N=14) não concorda
Q47	O número de crianças que passou a fazer menos de 3 refeições por dia aumentou	3	A opinião parece dividida em relação à afirmação. 11% (N=19) discorda , 45% (N=79) é neutral e 43% (N=73) concorda ou concorda totalmente
3.2. Consultas			
Q48	Houve um aumento do número de crianças que eram seguidas no sector privado e que vêm agora às nossas consultas de saúde infantil	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 157, 90%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 7% (N=12) é neutral e 2% (N=4) não concorda
Q49	Muitos pais não têm disponibilidade para acompanhar a criança à consulta porque têm receio de perder o emprego	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 150, 86%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 10% (N=18) é neutral e 3% (N=5) não concorda
Q50	O número de crianças a receber vacinação extra PNV tem diminuído	4	A maioria dos inquiridos (N= 93, 53%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 24% (N=42) é neutral e 22% (N=38) não concorda
3.3 Outros			
Q51	As famílias deixam de comprar medicação para as crianças por escassez de rendimentos	3	A opinião parece dividida em relação à afirmação. 22% (N=38) discorda , 31% (N=54) é neutral e 47% (N=81) concorda ou concorda totalmente

PERGUNTA		MEDIANA	INTERPRETAÇÃO
Q52	As famílias passaram a optar mais por comprar fraldas de marca branca	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 130, 75%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 24% (N=41) é neutral e 1% (N=2) não concorda
Q53	Mais famílias têm recorrido aos cuidados de saúde primários para pedir ajuda na aquisição de leites e acessórios de higiene para bebés	4	A maioria dos inquiridos (N= 102, 58%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 31% (N=54) é neutral e 9% (N=16) não concorda
Q54	As crianças fazem menos desporto em resultado das dificuldades económicas das famílias	4	A grande maioria dos inquiridos (N= 131, 75%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 17% (N=30) é neutral e 6% (N=11) não concorda
Q55	Tem havido um aumento de famílias que tiveram que mudar de casa com deterioração de condições de habitabilidade	4	A maioria dos inquiridos (N= 93, 54%) concorda ou concorda totalmente com a afirmação . 40% (N=70) é neutral e 5% (N=9) não concorda

Por último, apresentam-se de seguida, os gráficos referentes a este grupo, para as variáveis com mediana 4 , na figura 9.

Figura 9. Gráficos de frequências, grupo 3: Comportamentos relacionados com a saúde adoptados para gerir os efeitos da crise

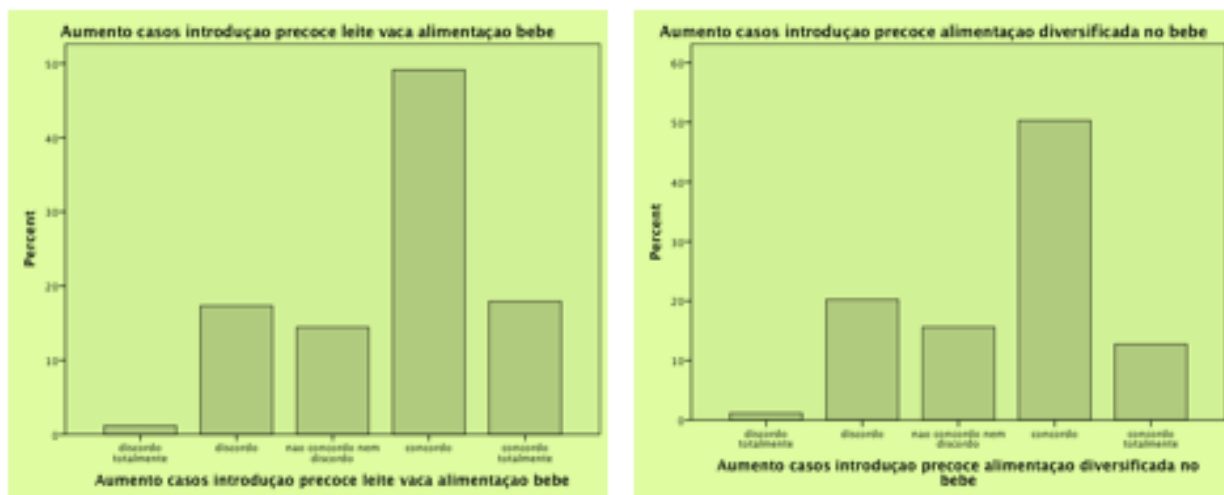


Figura 9. Gráficos de frequências, grupo 3: Comportamentos relacionados com a saúde adoptados para gerir os efeitos da crise

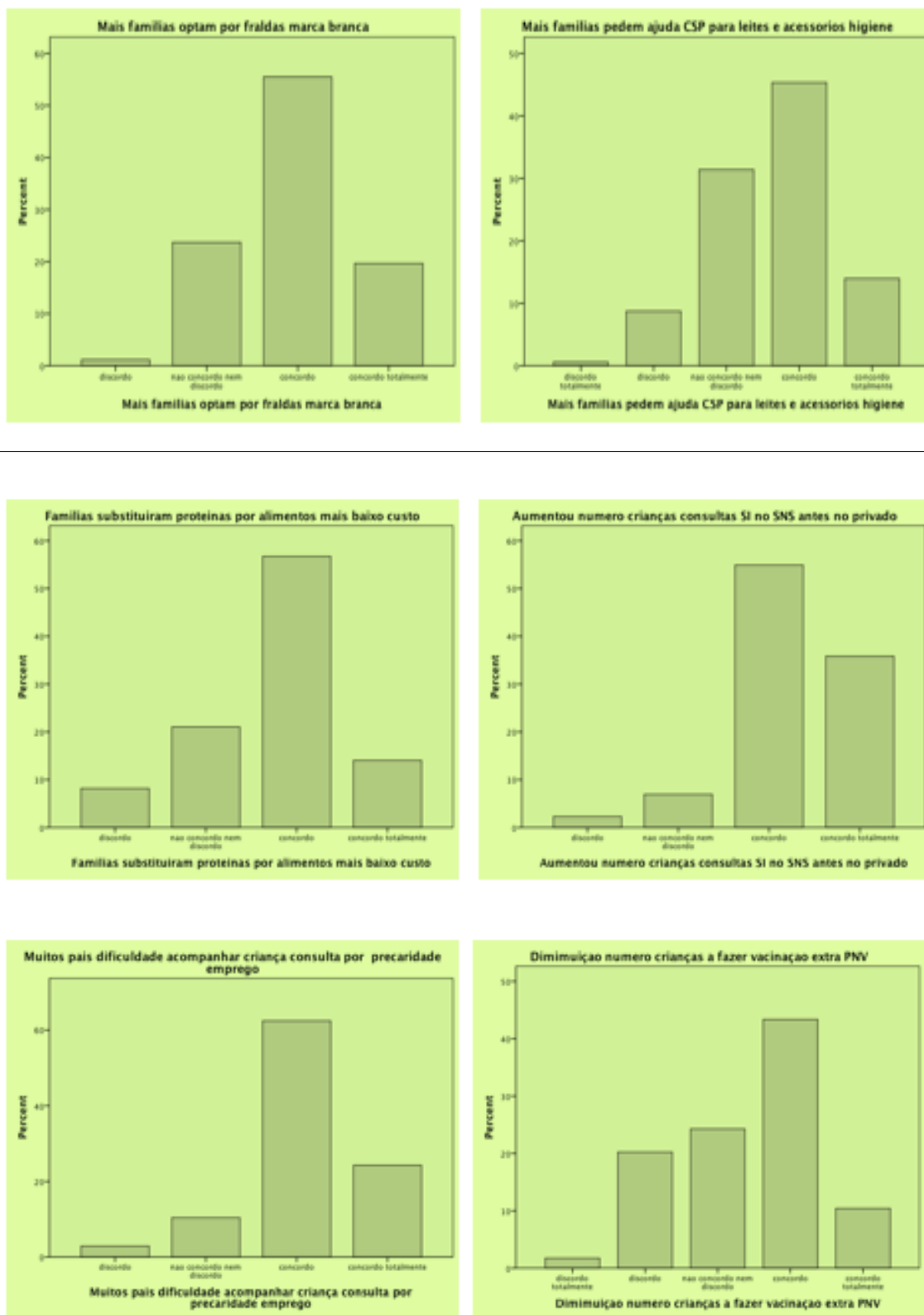
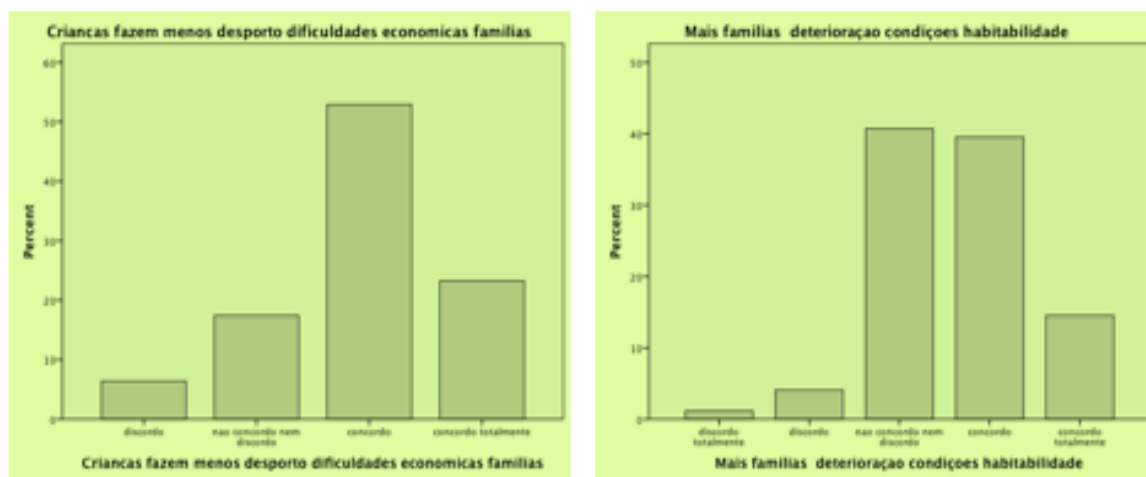


Figura 9. Gráficos de frequências, grupo 3: Comportamentos relacionados com a saúde adoptados para gerir os efeitos da crise



Associação de variáveis

A tabela 14 apresenta os resultados do Teste do χ^2 , usado para verificação de associação entre variáveis e interpretação.

Tabela 14. *p values* e interpretação do Teste do χ^2

Variáveis	<i>p value</i>	Decisão sobre H_0	Interpretação
Houve aumento de atividades de promoção da saúde x tipo de unidade de saúde	$p=0.00<5\%$ V de Cramer = 0.30	Rejeitar	Exercer funções numa USF ou UCSP está relacionado com a percepção de que houve aumento de atividades de promoção da saúde para mitigar os efeitos da crise económica na saúde das crianças. Esta associação é moderada.
Oferta consultas de Psicologia x zona do concelho	$p=0.03<5\%$ V de Cramer = 0.20	Rejeitar	A zona de influência da unidade de saúde do inquirido está associada com a percepção sobre a oferta das consultas de psicologia ser suficiente ou não.

Variáveis	<i>p value</i>	Decisão sobre H_0	Interpretação
Aumento casos alteração comportamento x zona do concelho	$p=0.02<5\%$ V de Cramer = 0.27	Rejeitar	A zona de influência da unidade de saúde do inquirido afeta a percepção sobre o aumento de casos de alterações do comportamento nas crianças . Esta associação é moderada.
Falta de resposta dos CSP x zona do concelho	$p=0.19$	Não rejeitar	A zona de influência da unidade de saúde do inquirido não está relacionada com a percepção sobre as famílias se queixarem da falta de resposta dos CSP.
Falta de resposta dos CSP x tipo unidade de saúde	$p=0.01<5\%$ V de Cramer = 0.28	Rejeitar	Exercer funções numa USF ou UCSP está associado com a percepção sobre as famílias se queixarem da falta de resposta dos CSP. Esta associação é moderada.
Falta dinheiro para transporte para consultas x zona do concelho	$p=0.15$	Não rejeitar	A zona de influência da unidade de saúde do inquirido não está relacionada com a percepção sobre a famílias referirem falta de dinheiro para o transporte até às consultas.

5.4 Discussão

O estudo quantitativo permitiu testar as hipóteses de investigação e através das percepções dos médicos e enfermeiros do ACES de Sintra, confirmou muitos dos resultados que tinham sido obtidos no estudo qualitativo e já discutidos na secção respectiva.

A hipótese de que “existem situações clínicas cuja mudança de frequência é atribuída

aos efeitos da crise económica “ , é verificada uma vez que a maioria dos enfermeiros e médicos referiu um aumento de patologias dermatológicas, de saúde oral e um aumento de casos relacionados com a saúde mental, já observáveis no presente, mas sobretudo a possibilidade do seu desenvolvimento a longo prazo. Adicionalmente , um aumento de obesidade, em resultado de dificuldades económicas para comprar uma alimentação de qualidade , é também uma situação frequentemente mencionada, tal como já tinha sido no estudo qualitativo.

As seguintes barreiras na prestação de cuidados de saúde foram identificadas : o número insuficiente de consultas de especialidade que gerem patologias onde foi mais frequentemente referido um aumento de casos, nomeadamente nas valências de saúde mental, ; o número insuficiente de recursos humanos nos cuidados de saúde primários com possíveis repercussões negativas em várias valências dos serviços, como por exemplo , a promoção da saúde ; a dificuldade de acesso a consultas por dificuldades em pagar o transporte. Todos estes dados , suportam a hipótese de que “O impacto da crise económica criou barreiras na prestação de cuidados de saúde”

Em relação à hipótese “utentes e profissionais de saúde adotaram comportamentos direcionados ao impacto da crise económica na saúde das crianças “ verificou-se que houve um aumento de más práticas relacionadas com alimentação dos bebés e das crianças em geral; um aumento de pedidos de ajuda para comprar artigos de higiene e acessórios para bebés, mudança de hábitos na compra de fraldas, com muitas famílias a optarem por fraldas de marca branca. Houve também a clara percepção de que mais crianças que eram seguidas no sector privado agora recorrem ao SNS, de que da parte dos profissionais há necessidade de aumentar o tempo de consulta para dar melhor apoio às famílias com dificuldades socioeconómicas e de aumentar atividades de promoção da saúde. Por tudo isto, a hipótese é considerada válida.

A associação estatisticamente significativa entre a percepção de que as famílias se queixam da falta de resposta dos CSP e o tipo de unidade de saúde, em que esta percepção é significativamente referida mais vezes pelos médicos e enfermeiros das UCSPs do que os das USFs ; entre a percepção de aumento das atividades de promoção

da saúde, e o tipo de unidade de saúde, onde os enfermeiros e médicos das USFs referiram significativamente mais vezes a percepção do aumento das atividades de promoção de saúde do que os das UCSPs, verifica a hipótese: “As percepções de médicos e enfermeiros sobre impacto da crise económica na saúde das crianças estão associadas ao tipo de unidade de saúde”. Estes dados parecem indicar que o modelo organizacional das USFs permite que estas tenham um papel mais positivo em relação à capacidade de resposta dos CSPs percebida pelas famílias e uma maior intervenção na área da promoção da saúde. Aliás, as diferenças entre a qualidade dos cuidados de saúde em geral prestados por estes dois tipos de unidades, com melhor qualidade de cuidados prestados pelas USFs, foi salientada num relatório recente de maio de 2015 da OCDE (OCDE, 2015).

Por último a hipótese “ As percepções de médicos e enfermeiros sobre impacto da crise económica na saúde das crianças estão associadas à zona de influência da unidade de saúde” , é verificada pelo facto de que o aumento de casos de alteração do comportamento e a percepção de que a oferta de consultas de psicologia não é suficiente, é significativamente referida mais vezes pelos médicos e enfermeiros da Zona Ocidental do concelho.

Foram, assim, verificadas as hipóteses postuladas neste estudo.

6. Conclusões

As crises financeiras e socioeconómicas têm, em muitos casos, um impacto negativo na saúde das populações, em particular nos grupos mais vulneráveis, como é o caso das crianças.

Os resultados em saúde são produto de uma interação complexa entre políticas, sistemas de valores, determinantes sociais, sistemas de prestação de cuidados de saúde, atitudes para a saúde, factores biológicos e genéticos do indivíduo. Portugal tem estado perante uma situação de diminuição de rendimentos, taxas elevadas de desemprego, contenção nos gastos públicos e diminuição de apoios sociais, nos últimos 4 anos. Perante estas alterações em vários determinantes de saúde, é importante conhecer quais os efeitos na saúde das crianças, daí a pertinência desta investigação.

Este estudo teve como objetivo geral avaliar o impacto da crise económica na saúde das crianças, através das percepções de médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários do ACES de Sintra. Para se alcançar esse objetivo, pretendeu-se identificar quais as situações clínicas que mudaram a sua frequência ou padrão de apresentação desde 2011, quais as principais dificuldades na prestação de cuidados de saúde e conhecer comportamentos e atitudes adotadas pelos utentes e profissionais de saúde para gerir os efeitos da crise na saúde das crianças. Verificou-se ainda se as percepções de médicos e enfermeiros dependem da zona de influência da unidade de CSP ou do facto de exercerem funções numa USF ou UCSP.

O estudo teve uma abordagem mista através da realização de um estudo qualitativo com dados colhidos por entrevistas em profundidade e um estudo quantitativo com administração de um questionário de auto preenchimento.

O estudo qualitativo permitiu conhecer as percepções de profissionais de saúde - informantes chave, sobre os determinantes que mais têm afetado a saúde das crianças, e que foram o desemprego, a diminuição de rendimentos, as tensões e stress nas famílias e a menor disponibilidade dos pais no acompanhamento quotidiano da criança e no acompanhamento na doença. A menor disponibilidade dos pais é atribuída

a condições de trabalho precárias e cargas horárias prolongadas. Quanto às situações clínicas que mudaram de frequência desde o início da crise económica, foi referido um aumento de crises de ansiedade , de quadros depressivos e alterações de comportamento. As patologias dermatológicas, sobretudo as relacionadas com cuidados de higiene deficiente e etiologia imunoalérgica também parecem ter registado um aumento, tal como os problemas de saúde oral, nomeadamente as cáries dentárias. A grande preocupação a longo prazo, incide nas repercussões na saúde mental e no aumento dos níveis de obesidade.

O não cumprimento da terapêutica e seguimento adequado da doença por dificuldades económicas, a oferta insuficiente de especialidades , tal como a psicologia clínica e pedopsiquiatria que permitiriam gerir melhor o aumento de patologias relacionadas e inclusive prevenir agravamento dessas situações, foram identificados como dificuldades na prestação de cuidados de saúde às crianças . O aumento de tempo de consulta necessário para as crianças cujas famílias foram afetadas pela crise económica também foi referido como uma dificuldade. O custo dos transporte para ir às consultas é tido como uma barreira no acesso , assim como as taxas moderadoras para crianças dos 12-18 anos , que estiveram em vigor até Maio de 2015 .

Em relação aos comportamentos e atitudes adotados pelas famílias para gerir os efeitos da crise económica (na maioria dos casos traduzidos por uma diminuição de rendimentos) em aspectos relacionados com a saúde, destacou-se uma alimentação mais deficiente que pode começar logo nos primeiros meses de vida com introdução precoce da alimentação diversificada e do leite de vaca, por dificuldade em comprar leite adaptado. Muitas famílias tiveram que mudar para habitações com piores condições . Houve também um aumento de pedidos de ajuda social e de famílias que estão a substituir consultas no sistema privado por consultas no SNS.

As percepções quanto ao papel dos serviços de saúde em mitigar os efeitos da crise económica na saúde das crianças, incidem no aumento da capacidade de resposta das valências de saúde mental, na garantia de acesso aos CSP, no aumento da promoção da saúde e finalmente num reforço dos CSP.

O estudo quantitativo confirmou que muitas destas percepções são partilhadas pelos médicos e enfermeiros de saúde infantil do ACES de Sintra. Nomeadamente, as referentes à saúde mental, ao impacto das relações familiares na saúde e bem-estar das crianças e à nutrição. A grande maioria dos profissionais do ACES de Sintra, tem também a percepção de que a crise económica terá efeitos a longo prazo na saúde e bem-estar das crianças, sobretudo com aumento da obesidade e de repercussões na saúde mental.

A importância de se aumentarem as atividades de promoção da saúde para mitigar os efeitos da crise económica na saúde das crianças, recebeu o maior consenso com concordância de 90% dos inquiridos. Contudo, a maioria discorda que, de facto, existam recursos suficientes para o fazer.

Dois dos fatores referidos como barreiras ao acesso aos cuidados de saúde foram recentemente modificados: as taxas moderadoras dos 12-18anos foram anuladas e a vacinação antipneumocócica passou a fazer parte do PNV, ainda que só para crianças nascidas após janeiro de 2015.

Deste modo, pode-se afirmar que os objetivos do estudo foram atingidos. Tendo como base a experiência dos médicos e enfermeiros que fazem saúde infantil no ACES de Sintra foi alcançado um melhor conhecimento do impacto da crise económica na saúde e bem estar das crianças.

Subjacente à realização deste estudo, existia também a possibilidade de se identificarem estratégias que poderão contribuir para prevenir que o impacto aqui descrito se amplie e se instale a longo prazo, ou que outros efeitos que ainda não tenham tido expressão suficiente, se venham a manifestar. Por exemplo, se o impacto negativo não for gerido eficazmente, poder-se-á pôr em risco a sustentabilidade dos ganhos em saúde infantil que se registaram no nosso país nas últimas décadas.

Assim, sublinha-se o papel de proximidade à comunidade dos CSP e a importância do

seu reforço, sobretudo neste período de maior vulnerabilidade para muitas famílias e quando há um risco aumentado de se intensificarem as desigualdades em saúde. Reforço não só da sua oferta atual, incluindo a redução mais rápida possível de utentes sem médico de família, mas também introduzindo ou ampliando novas valências, como por exemplo a possibilidade de se disponibilizarem consultas de especialidade nas USFs e UCSPs, nomeadamente psicologia clínica, pedopsiquiatria e medicina dentária. No caso da psicologia, existe a percepção de que a oferta é significativamente mais insuficiente na zona ocidental de Sintra, onde poderia ser dada prioridade ao aumento de oferta de consultas. Por outro lado, devem ser estudadas medidas, porventura em parceria com as autoridades autárquicas locais, que permitam às famílias mais carenciadas, uma utilização a preço simbólico dos transportes para acesso às consultas. De referir ainda

Nos períodos de maior fragilidade económica e social, há uma necessidade acrescida de se aumentar a literacia em saúde, de promover estilos de vida saudáveis e de facilitar o desenvolvimento de competências sociais e emocionais. Daí que se devam criar os recursos necessários, para aumentar atividades de promoção da saúde, não só nas unidades de saúde, mas também noutros espaços na comunidade.

As crises económicas não têm necessariamente que ter um impacto negativo na saúde das crianças. Muitos dos problemas aqui evidenciados são, sobretudo, resultado do impacto dos determinantes sociais de saúde. Noutros países, Islândia por exemplo, políticas que permitiram uma proteção social adequada das crianças, acompanhadas de medidas pontuais nos serviços de saúde, como foi o caso de um programa especial de saúde mental para crianças implementado durante o período da crise, mostraram que o impacto negativo pode ser evitado - as crianças portuguesas também o merecem.

6.1 Lições aprendidas e perspectivas para estudos futuros

Durante a realização deste estudo tive a oportunidade de visitar, várias vezes, todas as USFs e UCSPs do ACES de Sintra e contactar diretamente com vários profissionais de saúde. Foi uma experiência enriquecedora, que contribuiu para contextualizar este estudo. Considerando que as agendas de médicos e enfermeiros são geralmente muito

preenchidas e que no mês de Julho alguns estão de férias, deixando uma carga de trabalho acrescida aos que estão em funções, a disponibilidade e o interesse que a grande maioria mostrou em participar, foram excepcionais . A taxa de resposta reflete certamente a curiosidade e o interesse em dar um contributo para se conhecer melhor esta problemática.

Constatei também, as grandes diferenças existentes nas instalações das várias unidades de saúde em relação à facilidade de acesso, salas de espera, atendimento administrativo, na arquitetura e manutenção do edifício. Em muitas unidades de saúde, estabelecer contacto telefónico é impossível. Até que ponto essas diferenças têm influência no ambiente de trabalho , na motivação dos profissionais de saúde , na percepção do utente sobre qualidade e capacidade de resposta dos serviços , são aspectos que poderiam ser avaliados num estudo futuro.

A diferença entre USFs e UCSPs em relação à qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças, não fez parte dos objetivos deste estudo, nem foi avaliada. Contudo, do que pude observar nas diferentes unidades na perspectiva de investigadora, de possível utente e ao mesmo tempo de médica, fiquei com a impressão muito clara de que a maioria das USFs têm condições para prestar cuidados de melhor qualidade do que a UCSPs. . Esta situação parece-me extremamente injusta para os utentes , porque tal como referido no relatório da OCDE (2015), os CSP correm o risco de se tornar num sistema com 2 níveis, cada vez mais divergentes na qualidade de cuidados de saúde . Numa altura em que os CSP podem desempenhar um papel decisivo para prevenir efeitos negativos da crise económica na saúde das crianças, é essencial que se avalie esta situação e se corrijam assimetrias para que não se gerem mais desigualdades em saúde. A realização de um estudo para avaliar a diferença na qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças, por estes dois tipos de unidade de saúde , poderá fornecer um contributo importante.

A construção de um questionário a partir dos resultados do estudo qualitativo com um conteúdo claro, para recolha de informação em várias dimensões desta problemática e que tivesse uma administração rápida foi um desafio, mas permitiu que se alcançassem

os objetivos deste estudo. Este questionário pode ser um instrumento base para ser aplicado noutros ACES e pode ser integrado num novo estudo, com o objetivo de desenvolver uma escala a usar a nível nacional para melhor conhecer o impacto da crise económica na saúde das crianças portuguesas.

7. Referências Bibliográficas

ACES Sintra (2014) .Relatório de acesso a cuidados. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt> Acedido em 1 de Março 2015

ACES Sintra (2013) Planeamento do ACES de Sintra. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt> Acedido em 1 de Março 2015

ACES Sintra (2014) Perfil local de Saúde Sintra . Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt> Acedido em 1 de Março 2015

ACSS (2015) Fonte: ACSS e SPMS (RNU - extração de informação de 2015.02.10) Publicação Periódica sobre o Número de Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários ACSS. Disponível em [ww.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt). Acedido em 6 de Julho de 2015.

Anagnostopoulos, D., Eugenia Soumaki, (2013). *The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report* Eur Child Adolesc Psychiatry (2013) 22:131–134 DOI 10.1007/s00787-013-0377-y. Disponível em [http://www.escap.eu/policy/care-crisis-in-greece/brief-report-\(ecap\)](http://www.escap.eu/policy/care-crisis-in-greece/brief-report-(ecap)). Acedido em 27 Janeiro 2015

Bardin,L. (2014)*Análise de Conteúdo* 4ª edição.. Edições 70. Lisboa

Bowling, A. (2009) *Research Methods in Health*. 1st edition. Open University Press. Mc-Graw-Hill

Botezat,A. , Pfeiffer F. (2014) *The Impact of Parents Migration on the Well-being of Children Left Behind: Initial Evidence from Romania*, IZA DP no 8225

Brooks-Gunn, J, Schneider,W. Waldfogel, J. (2013) *The Great Recession and the Risk for Child Maltreatment. Child abuse & neglect.. 37.10 (2013): 10.1016/j.chiabu.2013.08.004. PMC*. Web. 11 Feb. 2015

Cello Health (2012). *The impact of the recession on the UK's health, according to GPs*. Cello Health Insight. Disponível em <http://cellohealthinsight.com/downloads/austerity-britain-key-findings-august-2012.pdf>. Acedido em 27 Janeiro 2015

CPCJ Sintra (2014) *Relatório de actividades 2014* . Disponível em <http://assembleiamunicipal.cm-sintra.pt/assembleia/noticias/229-apresentacao-do-relatorio-de-atividades-das-comissoes-de-protecao-de-criancas-e-jovens-de-sintra>. Acedido a 22 Junho 2015

Creswell, J (2003). .Research design. Qualitative, Quantitative and Mixed method approach . 2nd edition. sage Publications. london

Dahlgren G, Whitehead M. *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up* .Part I and Part II. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

EAPN Portugal (2014). *Indicadores sobre a pobreza* , Dados europeus e nacionais , Março 2014. EAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/ Portugal , Porto. Disponível em www.eapn.pt Acedido em 17 Dezembro de 2014

Elston R., Johnson, W (2008) *Basic Biostatistics for Geneticists and Epidemiologists: A Practical Approach*. John Wiley & Sons, Ltd. ISBN: 978-0-470-02489-8

EPHA, (2014). Growing up in the unhappy shadow of the economic crisis: *Mental health and well-being of the European child and adolescent population*. European Public Health Alliance EPHA, Brussels.
Disponível em www.eph.org/6233. Acedido em 6 Fevereiro 2015

Fortin, MF (1999) . O processo de investigação: da concepção à realização. 2a ed. Loures: Lusociência,

Fundação Portuguesa do Pulmão. (2013) *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Fundação Portuguesa do Pulmão. Disponível em http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/RELATORIO_ONDR_REVELA_DADOS_PREOCUPANTES_PARA_PORTUGAL.html. Acedido em 12 Dezembro 2014

Giannakopoulos, G. Gerasimos ,K. (2015) *Greek financial crisis and chil mental health*. Disponível em [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61402-7/fulltext?rss=](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61402-7/fulltext?rss=) . Acedido 30 Julho 2015

Hall S., Perry C. (2013) *Family Matters: Understanding Families in an Age of Austerity*. Social Research Institute; London, UK: 2013. Disponível em https://www.ipsos-mori.com/DownloadPublication/1554_sri-family-matters-2013.pdf. Acedido em 12 Dezembro 2014

Hill,M., Hill, A. *Investigação por questionário* .2º edição. Edições Sílabo.Lisboa

Hsieh, H.-F., Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

Kentikelenis, a. et al. (2014) *Greece's health crisis: from austerity to denialism* The Lancet , Volume 383 , Issue 9918 , 748 – 753. Disponível em [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62291-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62291-6/abstract). Acedido em 27 Janeiro 2015

Kilpelainen , M. et al . *Home dampness, current allergic diseases and respiratory*

diseases among young adults. Thorax 2001;56:462–467 Disponível em <http://thorax.bmj.com/content/56/6/462.full.pdf>. Acedido a 14 Julho 2015.

Liceras F, McKee M, Legido-Quigley H (2014) *The effects of the financial crisis and austerity measures on the Spanish health care system: a qualitative analysis of health professionals' perceptions in the region of Valencia*. Health Policy. 2015 Jan;119(1):100-6. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.11.003.

Lundberg, M., Wuermli, A. (2012). *Children and Youth in Crisis: Protecting and Promoting Human Development in Times of Economic Shocks*. Washington, DC: World Bank. DOI: 10.1596/978-0-8213-9547-9. disponível em <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/9374/702600PUB0EPI0067902B09780821395479.pdf?sequence=1>. Acedido em 8 Janeiro 2015

McDaid D et al (2013) *Health protection in times of economic crisis: challenges and opportunities for Europe*. J Public Health Policy. 2013 Nov;34(4):489-501.

Melo et al (2008) *Cárie dentária- a doença antes da cavidade*. Disponível em <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4616/>. Acedido em 27 julho 2015

OCDE(2015) *Reviews of Health Care Quality: Portugal*. Disponível em <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-care-quality-reviews.htm>. Acedido em 27 de Julho de 2015.

OPSS(2014). *Relatório da primavera 2014 – Saúde ,Síndrome de negação*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OPSS (2015) . *Relatório da Primavera 2015- Acesso aos cuidados – um direito em risco ?*

Padilla,B. et al (2014) . *Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno–infantil em tempos de crise* . Centro de Investigação em Ciências Sociais , Instituto de Ciências Sociais Universidade do Minho, Braga

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Pearlman et al (2013) .The impact of the 2007–2009 US recession on the health of children with asthma: evidence from the National child asthma call-back survey . *Health By numbers. Rhode Island Department of Health, Vol.95, nº12 December 2012* Disponível em <https://www.rimed.org/medhealthri/2012-12/2012-12-394.pdf>. Acedido em 11 Fevereiro 2015

PORDATA(2015) Taxa de Desemprego em Portugal. Disponível em: [http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550). Acedido em 12 Fevereiro 2015

Renzetti C. (2009). *Economic stress and domestic violence*. Disponível em http://www.vawnet.org/applied-research-papers/print-document.php?doc_id=2187
Acedido a 23 junho 2015

Royal College of Psychiatry , (2014), *Domestic violence*. Disponível em <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/parentsandyounginfo/parentscarers/domesticviolence.asp> Acedido em 12 janeiro 2015

Síndic de Greuges de Catalunya (2013) *Informe sobre la malnutrición infantil en Cataluña..* 1ª edición: Agosto de 2013. Disponível em <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3505/Informe%20malnutricio%20infantil%20castella.pdf>. Acedido a 8 de Fevereiro 2015

Sleskova M. (2006) *Influence of parental employment status on Dutch and Slovak adolescents' health* *BMC Public Health* doi: 10.1186/1471-2458-6-250

Spencer, N. (2013) *Reducing child health inequalities: what's the problem?* *Arch Dis Child* 2013;**98**:11 836-837 doi:10.1136/archdischild-2013-304347

SPP(2014) .Recomendações sobre vacinações
http://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissao_de_Vacinas/RECOMENDACOES_SOBRE_VACINAS_EXTRA_PNV_2014%20_1_%20FINAL.pdf

UNICEF (2004) *Innocenti Social Monitor 2004*, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, Florence

UNICEF Office of Research (2014). ‘Children of the Recession: The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries’, Innocenti Report Card 12, UNICEF Office of Research, Florence.

WHO (2008). *Closing the gap in a generation*.Comission on Social Determinants of Health. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf?ua=1. Acedido em 3 Dezembro 2014

WHO (2012) . *Governance for Health in the 21st century*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf?ua=1. Acedido em 8 Janeiro 2015.

8. Anexos

Anexo 1 – Formulário de informação e consentimento informado das entrevista

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

INVESTIGADORA: Zélia Muggli, aluna do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, sob orientação da Prof. Dra. Maria do Rosário de Oliveira Martins, Professora Catedrática e Sub - Diretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical , Universidade Nova de Lisboa

Contactos: e-mail : zelia.muggli@mac.com Telefone 963442570

ESTUDO: Impacto da crise económica na saúde das crianças: análise das percepções de profissionais de saúde do ACES de Sintra

Caro profissional de saúde

Está a ser convidado para participar numa entrevista no âmbito de um estudo de investigação cujo objetivo principal é **avaliar quais as percepções dos profissionais de saúde sobre os efeitos da crise económica na saúde das crianças.**

O contexto socioeconómico atual criou diversas situações de carência , fazendo das crianças um grupo ainda mais vulnerável. As estatísticas parecem não captar muitas das situações relacionadas com a saúde que surgem no dia a dia. Daí que a sua participação seja muito importante para permitir uma visão mais abrangente e contribuir para que se tomem as medidas necessárias. A sua participação é voluntária, podendo pedir os esclarecimentos que entender antes de tomar uma decisão . Poderá desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências, sendo a informação até aí recolhida destruída.

Pede-se a sua autorização para gravar a entrevista que tem uma duração estimada de 20 minutos. Toda a informação recolhida será tratada de forma **confidencial e anónima**: só a investigadora terá acesso à gravação e a sua identificação nunca será revelada em qualquer tipo de relatório ou publicação. Pede-se por isso que responda com toda a sinceridade.

Os resultados deste estudo serão utilizados na tese de mestrado da investigadora e poderão ser publicados em revistas científicas. Todo o material referente a esta entrevista será armazenado em local seguro, de forma anónima e será destruído ao fim de um período de 5 anos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter lido e compreendido toda a informação no presente documento.

Permito a utilização dos dados que forneço, confiando na garantia de confidencialidade e anonimato garantidos pela investigadora.

Pelo presente documento declaro que aceito de livre vontade participar no estudo.

Este documento é composto de uma página e feito em duplicado: por favor assine as duas cópias e guarde uma para si.

Data ____/____/ 2015

Assinatura do participante _____

Assinatura da investigadora _____

Muito obrigada pela sua colaboração.

Anexo 2 - Guião de perguntas das entrevistas

Impacto da crise económica na saúde das crianças : análise das percepções de profissionais de saúde do ACES de Sintra

Guião da entrevista a informantes chave

- Apresentação dos objetivos do estudo e esclarecimento sobre contribuição da entrevista para construção de um questionário.
 - Depois do preenchimento do formulário de informação e consentimento informado , comunicar aos entrevistados que as perguntas se referem a situações que considerem ter um grande grau de probabilidade em estar relacionadas com a crise económica no contexto da saúde das crianças.
 - Perguntar categoria profissional e tipo de unidade de saúde onde exerce.
1. Através da sua experiência profissional, considera que a crise económica e medidas de austeridade têm afectado a saúde das crianças ? Como ? Houve algumas situações clínicas/ patologias que mudaram a sua frequência ou modo de apresentação ? De que modo ? Quais as que lhe parecem ter tido uma diferença mais significativa ?
 2. Por favor descreva as principais dificuldades de carácter social ou económicas ,relacionadas com a saúde /cuidados de saúde das crianças , que lhe são referidas pelos utentes . (desemprego, rendimentos.....)
 3. Considera que a crise económica trouxe dificuldades na prestação de cuidados de saúde às crianças. Porquê ? Por favor explique. (controlo patologias crónicas, referenciação certas especialidades.....transporte)
 4. Considera que os serviços de saúde têm um papel para mitigar os efeitos da crise ? Como ? O que podem os serviços de saúde fazer ? Quais os recursos que existem/são necessários/são suficientes para isso ?
 5. Que medidas / comportamentos tomam os utentes para gerir os efeitos da crise em questões relacionadas com a saúde da criança ? (alteração hábitos alimentares, leites, fraldas, vacinas opcionais, utilização consultas.....)
 6. Existem alguns grupos de crianças que lhe parecem mais vulneráveis aos efeitos da crise ? Quais ? Porquê ?
 7. Qual lhe parece ser o principal efeito da crise na saúde das crianças ? A curto prazo ? A longo prazo ?
 8. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre este assunto ?
 - Agradecimento final

Anexo 3 – Autorização da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical



Conselho de Ética Instituto de Higiene e Medicina Tropical Universidade Nova de Lisboa

Parecer nº 04-2015-TM

Título do Estudo: Impacto da crise económica na saúde das crianças: análise das perceções de profissionais de saúde do ACES de Sintra

Investigador principal: Zélia Maria Araújo da Silva Muggli

Outro(s) investigador(es) / Orientadores: Prof. Dra. Maria do Rosário Oliveira Martins

Entidade promotora: IHMT, Tese de Mestrado

Objectivos/Resumo do estudo:

Objetivo Geral

Avaliar os efeitos da austeridade na saúde das crianças através das perceções dos profissionais de saúde do ACES de Sintra;

Objetivos específicos

Identificar perceções dos profissionais de saúde do ACES de Sintra em relação a

- mudanças na apresentação das situações clínicas
- barreiras na prestação de cuidados de saúde
- medidas adoptadas pelos utentes e profissionais para gerir os efeitos da crise

Conflito de interesses:

Não foi identificada a existência de conflito de interesses.

Consentimento informado, informação para o participante e confidencialidade:

É apresentado o documento a ser entregue ao participante que é convidado a responder ao questionário, que apresenta o estudo e explica como será garantido o anonimato (codificação de questionários). Depreende-se por isso que no questionário, que só vai ser construído no decurso do processo de investigação, não haverá identificação mas um número de código. Falta dizer o que acontece aos questionários no fim da investigação e referir que os indivíduos poderão interromper a sua participação no estudo a qualquer momento.

Solicita-se também o envio do consentimento informado para as entrevistas em profundidade e informação sobre o que acontecerá às

Conselho de Ética
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

gravações no fim da investigação e como será mantido o anonimato nas transcrições. Solicitamos ainda, que quando for obtido, nos seja comunicado o parecer da Administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Observação: A frase "Os dados são propriedade da investigadora" deve ser reformulada. Pode dizer que os dados estarão à sua guarda até serem destruídos.

Conclusão:


Consideramos que o estudo no global respeita as normas exigidas pelo Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina, sendo aprovado.

Lisboa, 1 de abril de 2015

Relatores



Prof. Doutora Sónia Dias



Prof. Doutora Cláudia Conceição

Anexo 4 – Autorização da Comissão de ética da Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo



Exma. Senhora
Dr.ª Zélia Maria Araújo da Silva Muggli
muggli@mac.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
9237/CES/2015

Data
01-06-2015

Assunto: Estudo “Impacto da crise económica na saúde das crianças: análise das perceções de profissionais de saúde do ACES de Sintra”.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 08-05-2015, o projecto mencionado em epígrafe, tendo deliberado um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

Luís Pisco

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Anexo 5 – Questionário

Código:



QUESTIONÁRIO

Nota : Ao responder, por favor considere situações que julgue estarem relacionadas com os efeitos da crise económica, entendida aqui como a diminuição de rendimentos e o clima sócio - económico difícil iniciados em 2011, na saúde das crianças. O termo criança é definido por qualquer ser humano até aos 18 anos.

A. MUDANÇAS NA APRESENTAÇÃO DE SITUAÇÕES CLÍNICAS

Assinale com um X a coluna que melhor representa a sua concordância com cada uma das afirmações seguintes:

A1.1 - Patologia dermatológica

Tenho observado um aumento de :	1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Não concordo, nem discordo	4-Concordo	5-Concordo totalmente
1. Agudização de eczema por falta de tratamento adequado					
2. Agudização de eczema por dificuldade dos cuidadores em comprar medicação					
3. Infecções secundárias da pele relacionadas com maus cuidados de higiene					
4. Parasitoses da pele (escabiose, pediculose)					

A1.2- Saúde Mental					
Tenho observado um aumento de :	1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Não concordo, nem discordo	4-Concordo	5-Concordo totalmente
1. Consumo de substâncias de abuso					
2. Quadros de ansiedade					
3. Sinais de automutilação					
4. Quadros depressivos					
5. Alterações de comportamento					

A1.3 – Outras situações Tenho observado um aumento de :	Código: <input type="text"/>				
	1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Não concordo, nem discordo	4-Concordo	5-Concordo totalmente
1.Maus tratos					
2.Negligência					
3.Exposição a violência doméstica					
4.Casos referenciados às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens					
5. Casos referenciados aos serviços sociais					
6. Insucesso escolar					
7.Cáries dentárias					
8.Asma mal controlada					
9.Casos que necessitam de terapia da fala					
10.Casos que necessitam de terapia ocupacional					

A1.4 - Considera que a crise económica alterou a frequência de algumas outras situações clínicas ?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu "sim" por favor indique quais e de que modo _____

A2. Em relação aos efeitos a longo prazo da crise económica na saúde das crianças, assinale com X qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

	1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Não concordo, nem discordo	4-Concordo	5-Concordo totalmente
1.A crise económica não terá efeitos a longo prazo na saúde das crianças					
2.A obesidade será um efeito a longo prazo da crise económica na saúde das crianças					
3.A crise económica terá efeitos a longo prazo na saúde mental das crianças					
4.O maior efeito a longo prazo será na saúde mental das crianças					

Código:

B. BARREIRAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

B1- Disponibilidade

Assinale com um X a coluna que melhor representa a sua concordância com cada uma das afirmações seguintes :

	1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Não concordo, nem discordo	4-Concordo	5-Concordo totalmente
1.Têm sido implementadas medidas suficientes no serviço nacional de saúde para mitigar os efeitos da crise económica na saúde das crianças					
2.Os cuidados primários de saúde têm recursos humanos suficientes para mitigar os efeitos da crise económica na saúde das crianças					
3.A comunicação entre os cuidados primários e os outros serviços é insuficiente					
4.As famílias com crianças queixam-se da falta de resposta dos cuidados primários de saúde					
5.O tempo de consulta que tenho disponível é suficiente nos casos de famílias com problemas socioeconómicos					
6. É benéfico aumentar as atividades para a promoção da saúde na comunidade, para mitigar os efeitos da crise na saúde das crianças					
7.A minha unidade de saúde tem recursos para aumentar o número de atividades de promoção da saúde					
8.A minha unidade de saúde tem aumentado o número de atividades de promoção da saúde					

Código:

B1.1 - A oferta das seguintes consultas de especialidade é suficiente :

	1- Discordo totalmente	2- Discordo	3-Não concordo, nem discordo	4-Concordo	5-Concordo totalmente
1.Psicologia					
2.Pedopsiquiatria					
3.Pediatria					
4.Medicina Dentária					
5.Terapia Ocupacional					
6.Terapia da Fala					
7.Imunoalergologia					

B2- Custo

Assinale com um X a coluna que melhor representa a sua concordância com cada uma das afirmações seguintes :

	1- Discordo totalmente	2- Discordo	3-Não concordo, nem discordo	4-Concordo	5-Concordo totalmente
1.As taxas moderadoras dos 12 aos 18 anos fizeram com que mais crianças não realizassem exames complementares					
2.As taxas moderadoras dos 12 aos 18 anos provocaram uma diminuição da utilização das consultas neste grupo etário					
3.Mais famílias referem dificuldade de acesso a consultas por não terem dinheiro para o transporte					
4.A situação acima é particularmente relevante para a pedopsiquiatria					

Código:

C. COMPORTAMENTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE ADOPTADOS PARA GERIR OS EFEITOS DA CRISE

Assinale com um X a coluna que melhor representa a sua concordância com cada uma das afirmações seguintes:

C1- Alimentação

	1.Discordo totalmente	2.Discordo	3.Não concordo, nem discordo	4.Concordo	5.Concordo totalmente
1.Há um aumento dos casos de introdução precoce de leite de vaca na alimentação do bebé					
2.Há um aumento de casos de introdução precoce de alimentos na alimentação do bebé					
3.Mais mães têm optado pelo aleitamento materno por não poderem comprar leites artificiais					
4.As famílias substituíram proteínas por alimentos de mais baixo custo e menor valor nutricional					
5.O número de crianças que passou a fazer menos de 3 refeições por dia aumentou					

C2 - Consultas

	1- Discordo totalmente	2- Discordo	3-Não concordo, nem discordo	4-Concordo	5-Concordo totalmente
1.Houve um aumento do número de crianças que eram seguidas no sector privado e que vêm agora às nossas consultas de saúde infantil					
2.Muitos pais não têm disponibilidade para acompanhar a criança à consulta porque têm receio de perder o emprego					
3.O número de crianças a receber vacinação extra Programa Nacional de Vacinação tem diminuído					

Código:

C3- Outros

	1- Discordo totalmente	2- Discordo	3-Não concordo, nem discordo	4-Concordo	5-Concordo totalmente
1.As famílias deixam de comprar medicação para as crianças por escassez de rendimentos					
2.As famílias passaram a optar mais por comprar fraldas de marca branca					
3.Mais famílias têm recorrido aos cuidados de saúde primários para pedir ajuda na aquisição de leites e acessórios de higiene para bebés					
4.As crianças fazem menos desporto em resultado das dificuldades económicas das famílias					
5.Tem havido um aumento de famílias que tiveram que mudar de casa com deterioração de condições de habitabilidade					

D. GOSTARIA DE REFERIR ALGUM OUTRO ASPECTO RELEVANTE PARA A PROBLEMÁTICA DOS EFEITOS DA CRISE ECONÓMICA NA SAÚDE DAS CRIANÇAS ?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu "sim" por favor indique qual _____

E. CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Assinale com X no quadrado correspondente à sua resposta

1. Género ☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade

- ☐ < 40 Anos
☐ 40 - 60 Anos
☐ > 60 Anos

Código:

3. Categoria Profissional

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico de Medicina Geral e Familiar

4. Tempo de Exercício Profissional

- ☐ < 1 Ano
- ☐ 1- 3 Anos
- ☐ 4 -7 Anos
- ☐ >7 Anos

5. Em que tipo de Unidade de Saúde exerce a sua função ?

- ☐ Unidade de Saúde Familiar
- ☐ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

6. Qual a área de influência da sua unidade de saúde ?

- ☐ União Freguesias de Aqualva e Mira Sintra
- ☐ Freguesia de Algueirão - Mem Martins
- ☐ União Freguesias de Almargem do Bispo, Montelavar e Pêro Pinheiro
- ☐ União Freguesias de Cacém e São Marcos
- ☐ Freguesia de Casal de Cambra
- ☐ Freguesia de Colares
- ☐ União Freguesias de Massamá e Monte Abraão
- ☐ União Freguesias de Queluz e Belas
- ☐ Freguesia de Rio de Mouro
- ☐ União Freguesias de São João das Lampas e Terrugem
- ☐ União Freguesias de Sintra

MUITO OBRIGADA !

Anexo 6 – Formulário de informação e consentimento informado do questionário

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

INVESTIGADORA: Zélia Muggli, aluna do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, sob orientação da Prof. Dra. Maria do Rosário de Oliveira Martins, Professora Catedrática e Sub - Diretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

Contactos: Email : zelia.muggli@mac.com Telefone 963442570

ESTUDO: Impacto da crise económica na saúde das crianças: análise das percepções de profissionais de saúde do ACES de Sintra

Caro profissional de saúde

Está a ser convidado para responder a um questionário desenvolvido no âmbito de um estudo de investigação cujo objetivo principal é **avaliar quais as percepções dos profissionais de saúde sobre os efeitos da crise económica na saúde das crianças.**

O contexto socioeconómico atual criou diversas situações de carência, fazendo das crianças um grupo ainda mais vulnerável. As estatísticas parecem não captar muitas das situações relacionadas com a saúde que surgem no dia a dia. Daí que a sua **participação seja muito importante** para permitir termos uma visão mais próxima da realidade e contribuir para que se tomem as medidas necessárias.

Todos os dados recolhidos serão tratados de **forma confidencial e anónima**: só a investigadora terá acesso às respostas e todos os questionários serão codificados. Pede-se por isso que responda com toda a sinceridade. Serão necessários **10 minutos para responder**. A sua participação é voluntária. Os resultados deste estudo serão utilizados na tese de mestrado da investigadora e poderão ser publicados em revistas científicas.

Por favor utilize os dois envelopes brancos que lhe são facultados - um para colocar este formulário, o outro para o questionário depois de preenchido. Coloque-os de seguida na uma selada para o efeito ou entregue à investigadora.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter lido o presente documento.

Confio na garantia de confidencialidade dos meus dados e que nenhuma identificação será publicada revelando a minha identidade.

Pelo presente documento declaro que aceito de livre vontade participar no estudo.

Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado: por favor assine as duas cópias e guarde uma para si.

Data ____/____/2015

Assinatura do participante _____

Assinatura da investigadora _____

Muito obrigada pela sua colaboração.